COMPTE-RENDU

DU

CONGRÈS D'OPHTHALMOLOGIE.

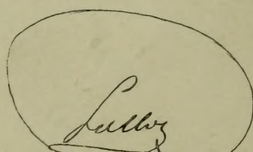
Cet ouvrage se trouve aussi à Bruxelles, au bureau des **Annales d'Oculistique,** *rue Notre-Dame-aux-Neiges,* 27.

BRUXELLES. — TYP. DE J. VANBUGGENHOUDT,
Rue de Schaerbeek, 12.

Warlois lith.

LE DOCTEUR FALLOT

Président de l'académie de médecine de Belgique
et du congrès d'ophthalmologie de Bruxelles.



CONGRÈS

D'OPHTHALMOLOGIE

DE BRUXELLES.

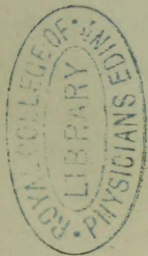
COMPTE-RENDU

PUBLIÉ, AU NOM DU BUREAU,

PAR LE Dr WARLOMONT,

Membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, Chevalier des ordres de Léopold (de Belgique), de François Ier (de Naples),
des Saints Maurice et Lazare (de Sardaigne), Rédacteur en chef des *Annales d'Oculistique*,
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL DU CONGRÈS.

SESSION DE 1857.



PARIS,

VICTOR MASSON, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

Place de l'École-de-Médecine, 17.

1858



AVANT-PROPOS.

Comme art, l'ophthalmologie est aussi ancienne qu'aucune des autres branches de la médecine. Il a existé de tout temps des maux d'yeux et de tout temps on a cherché des remèdes pour les guérir. Mais, tout ancienne qu'elle soit au point de vue technique, considérée scientifiquement elle compte à peine un siècle d'existence. Les temps, en effet, ne sont pas éloignés où elle était tout entière aux mains des empiriques. On comptait parmi ces derniers des hommes d'une grande habileté manuelle, manœuvrant les instruments avec une merveilleuse dextérité, et réussissant parfois à des opérations devant lesquelles aurait reculé un chirurgien prudent et réfléchi. Mais aucune règle ne dirigeait leur conduite ; ils puisaient leurs indications curatives exclusivement dans la forme des maladies ou dans des analogies souvent trompeuses, sans égard à leurs causes, à leur nature, à leur durée. Quelque expérience qu'ils eussent acquise, elle leur était personnelle et mourait avec eux. S'ils essayaient quelquefois de la transmettre à leurs disciples, ne rencontrant chez eux ni leur justesse de coup d'œil, ni leur fermeté

de main, ils causaient de pénibles mécomptes et faisaient quelquefois de nombreuses victimes. La biographie du célèbre Beer, dont M. Jaeger a enrichi naguère les *Annales d'Oculistique*, fournit à ce sujet de curieux documents.

En voyant la thérapeutique oculaire de cette époque presque entièrement renfermée dans des médications topiques, on serait tenté de croire que l'on considérait l'œil comme un organe isolé, ne tenant au reste du corps que par des liens anatomiques, ne l'influençant pas plus qu'il n'est influencé par lui. En le qualifiant de microcosme, on semblait vouloir en faire un état séparé, se régissant d'après des lois propres et spéciales, jouissant d'une existence indépendante et d'une vie à lui.

Mais quand, grâce à l'impulsion partie de l'école de Vienne, l'anatomie et la physiologie, tant normales que pathologiques, de l'organe visuel furent rattachées à l'anatomie et à la physiologie générales, que la thérapeutique de ses affections fut adaptée à leur nature, qu'en un mot l'ophthalmologie prit un caractère scientifique, on comprit que le rôle de l'oculiste ne devait pas se renfermer dans les opérations seulement, et que, pour être médecin des yeux, il fallait connaître la médecine.

Cette vérité, qu'on s'étonne seulement d'avoir laissée si longtemps enfouie ou méconnue, opéra dans l'ophthalmologie une révolution complète. Les médecins les plus distingués de tous les pays en abordèrent l'étude d'une manière sérieuse, et partout s'élevèrent des chaires pour son enseignement; des instituts s'ouvrirent, où les préceptes de l'art furent incessamment soumis au contrôle de l'expérimentation rationnelle, et bientôt le titre d'oculiste, porté naguère par des opérateurs nomades seulement, fut revendiqué par les médecins les mieux posés.

Cependant, et quelque précieux que fussent les faits recueillis par des hommes aussi habiles, ils restaient sans utilité générale, l'usage adopté par les savants d'écrire dans la langue maternelle créant un insurmontable obstacle à leur propagation. Il en est

peu parmi les médecins qui soient polyglottes, et il faudrait être *pantaglotte* pour se tenir au courant de ce qui se publie partout...

Aussi, les faits du domaine ophthalmologique, si nombreux qu'ils fussent, restaient isolés et, en quelque sorte, stériles. Recueillis dans différentes localités séparées souvent par de grandes distances, observés par des yeux prévenus, faussés par l'esprit de système, se dérobant à tout contrôle qui aurait pu en fixer la signification, il n'était pas toujours possible de les théoriser et d'y donner une valeur scientifique. — Des opérations importantes étaient instituées, des procédés nouveaux inventés, des instruments ingénieux imaginés; mais, à défaut de communications, ils restaient dans l'oubli et comme non avenus pour la généralité.

C'est en vue d'établir des relations constantes et régulières entre les ophthalmologistes, et pour remplir une lacune devenant chaque jour plus sensible, que furent créées les *Annales d'Oculistique*, à la fondation et au maintien desquelles celui qui a eu l'honneur de présider le Congrès a si activement et si persévéramment contribué. A l'époque de leur apparition, elles ne comptaient parmi leurs collaborateurs qu'un seul ophthalmologue étranger; mais la première année de leur existence n'était pas révolue, que le but pour lequel elles avaient été fondées, l'esprit dans lequel elles étaient conçues, l'influence qu'elles étaient appelées à exercer, avaient été compris et appréciés, et avaient attiré dans leur rédaction les ophthalmologistes les plus estimés et les plus répandus de tous les pays. Depuis lors, ce recueil n'a cessé d'étendre ses relations, et il constitue aujourd'hui le centre vers lequel tous les travaux ophthalmologiques convergent, une sorte de répertoire où ils se résument, enfin un organe en position de les répandre partout. Qu'il nous soit permis d'adresser les remercîments les mieux sentis à tous les savants qui l'ont enrichi de leurs travaux.

Ce que les *Annales* ont fait dans la mesure de leur portée, à savoir: servir de moyen d'union entre les ophthalmologues de tous

les pays, le Comité organisateur du Congrès a cherché à l'obtenir d'une manière plus directe, plus efficace, plus étroite, plus vivante, s'il est permis de parler ainsi, en réunissant et en mettant en contact, nous allions dire aux prises, les organes en quelque sorte officiels des différentes écoles, et en soumettant à leurs délibérations quelques-uns des points qui les divisent le plus profondément, ou qui, par leur actualité et leur importance, touchent de plus près aux intérêts humanitaires et sociaux.

Le but du Comité a-t-il été atteint? Les questions dont il a saisi le Congrès ont-elles été résolues? La science et l'art ophthalmologiques ont-ils retiré quelque profit de cette réunion? Ce sera au lecteur à en décider, quand il aura parcouru le compte-rendu auquel ces lignes servent d'introduction.

Quelques organes de la presse, que nous ne saurions d'ailleurs assez remercier de leur bienveillance, ont fait au Comité le reproche d'avoir présenté un programme des travaux du Congrès et proposé la solution des questions soulevées par ce programme. Le Comité ne saurait accepter ce reproche, qu'il ne croit fondé ni en principe, ni en fait. Il est bon de remarquer tout d'abord que ce programme n'était pas, à proprement parler, l'œuvre du Comité, car celui-ci avait, pour le constituer, consulté les membres adhérents au Congrès sur les questions qu'il importait, à leur point de vue, de mettre spécialement en délibération. Le programme a été dressé avec les éléments qui ont été transmis au Comité; sauf la première et la septième questions, toutes celles qui ont été proposées avaient été dictées par des membres étrangers non-seulement au Comité, mais encore à la Belgique. D'une autre part, l'existence de ce programme était connue des adhérents; il n'y a donc pas eu surprise, ni partant matière à récrimination pour personne. Il faut remarquer encore qu'en adressant aux intéressés un projet de solution, le Comité avait eu bien soin d'en déterminer le caractère et la portée. Voici comment il s'en était exprimé dans une circulaire adressée à tous ses membres :

« Il est entendu que ces solutions n'ont qu'un caractère purement provisoire, et qu'elles sont simplement destinées à servir de base aux discussions et à faciliter ainsi les travaux de la compagnie. Elles n'impliquent aucun système arrêté, laissent libres toutes les opinions et admettent toutes les modifications qu'on jugera utile d'y faire subir. »

Pour démontrer d'ailleurs le peu de fondement des observations produites par quelques critiques, à l'occasion du programme et des projets de solution, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de reproduire textuellement l'article suivant du ***Journal de Médecine, de chirurgie, etc., de Bruxelles*** (15e année; 25e volume, octobre 1857, p. 391), où la question est examinée avec autant d'impartialité que de convenance, article que nous n'hésitons pas un instant à faire nôtre :

« On a dit que le Congrès ophthalmologique était, dès son début, atteint d'un vice originel, qu'en formulant d'avance les solutions des diverses questions mises à l'ordre du jour, on avait dépouillé cette assemblée de toute initiative, qu'on l'avait pour ainsi dire forcée, à cause de convenances que nous avouons ne pas comprendre en matière scientifique, de respecter les solutions proposées. Cette opinion, nous ne pouvons la partager, car l'expérience acquise dans plusieurs Congrès antérieurs a pleinement sanctionné l'excellence de cette mesure; le Congrès d'ophthalmologie n'a fait que suivre l'exemple qui lui avait été donné par les Congrès d'hygiène, de statistique et de bienfaisance, et nous croyons qu'il a eu parfaitement raison. Plus le temps est mesuré, plus les assemblées délibérantes sont nombreuses, plus aussi il importe de resserrer les discussions dans les limites strictement nécessaires et de ne point laisser aux orateurs, car il y en a toujours qui abusent du don précieux de la parole, la possibilité d'exhiber une vaine et stérile éloquence en parlant sur tout et de tout, excepté du point sur lequel porte la discussion. Il serait injuste de prétendre que les solutions proposées aient été imposées comme une arche sainte à laquelle il fût défendu de toucher. Sans doute les membres du Comité ont considéré leurs solutions comme bonnes et à la hauteur de la science, sinon ils les eussent faites meilleures, car ils étaient

hommes à ne pas rester au-dessous de leur tâche et à livrer au public un travail qui pût soutenir l'examen et la discussion de tous : croyant leur œuvre bonne, ils ont dû la défendre, et personne n'a le droit d'insinuer que le sentiment de la paternité leur ait inspiré des prétentions absurdes et ridicules. D'ailleurs, arrêtées longtemps d'avance, ces solutions ont été communiquées à tous les adhérents du Congrès; chacun avait donc pu les étudier, les méditer à loisir; chacun aurait eu le temps de préparer, dans le silence du cabinet, d'autres solutions plus complètes, plus au niveau des connaissances ophthalmologiques, etc., si celles du Comité avaient paru insuffisantes ou pécher sous le rapport de l'état actuel de la science. Si plus de cent cinquante ophthalmologues de toutes les nationalités et comptant parmi eux les hommes les plus éminents, les autorités les plus colossales en fait d'oculistique, ont imprimé à la plupart des solutions provisoires le sceau glorieux de leurs suffrages si compétents, c'est que, il faut bien en convenir, elles étaient rigoureusement conformes aux données de la science moderne. C'est là un résultat dont le Comité organisateur a le droit d'être fier. — Quant à l'opinion qui a été émise qu'en présentant à l'assemblée un programme rempli à l'avance, on avait empêché de se produire des travaux ou des communications orales non indiquées ou non prévues dans ce programme, elle est pour le moins non fondée, car les séances générales ont été en grande partie remplies par des travaux et des communications de ce genre : pour le prouver, il suffira de rappeler les lectures ou discours si intéressants de MM. Cervera et Calvo y Martin, de Madrid; Anagnostakis d'Athènes; Boeck, de Christiania; Melchior, de Copenhague; Sperino, de Turin; Serre, d'Uzès, et surtout l'exposition faite avec tant de lucidité par M. Von Graefe, de Berlin, de ses études et de ses recherches sur la cause et la nature du glaucome, affection encore peu connue, et sur laquelle l'illustre ophthalmologue a présenté des idées et des considérations entièrement neuves, que la savante assemblée a accueillies par des applaudissements bien mérités. Disons enfin que si, par suite de manque de temps, le Congrès a été privé du plaisir d'entendre quelques membres qui avaient encore des communications à lui faire, celles-ci ne seront pas perdues pour la science, puisqu'elles seront insérées au compte-rendu des travaux du Congrès. »

ERRATA.

Le lecteur est instamment sollicité de faire sans tarder les corrections indiquées ci-après, et dont quelques-unes rectifient des erreurs assez graves qui ont échappé à l'impression.

Les auteurs des mémoires ou des discours insérés au Compte-rendu, qui auraient à se plaindre d'erreurs ou d'omissions, sont priés de vouloir bien les signaler à la Rédaction des *Annales d'Oculistique*, qui s'empressera de les renseigner.

Page 47. *Au lieu des lignes* 24, 25, 26, 27, *lisez* : M. Hairion. « Remarquez, Messieurs, qu'il « ne s'agit ici que de l'ophthalmie dite *militaire*, par conséquent des granulations palpébrales « qu'on rencontre chez les militaires atteints de cette affection, et non de ces altérations diverses « qui peuvent se développer accidentellement à la surface de la conjonctive palpébrale, ainsi « que l'honorable M. Crocq dit en avoir observé chez quelques enfants. »

Et *au lieu des lignes* 38, 39, 40, 41, *lisez* : M. Hairion. « J'ai parlé de l'ophthalmie contagieuse « *dite* militaire, qui est seule en question, et, bien que cette ophthalmie règne également dans « les populations, tout le monde comprend ce qu'on entend par cette dénomination, et la con- « fusion qu'on paraît redouter n'est pas possible. »

Page 61, ligne 19, *au lieu de* : 5,000, *lisez* : 500.

Page 80, ligne 14, *au lieu de* : serait diminuée, *lisez* : serait augmentée.

Page 91, ligne 12, *au lieu de* : d'ailleurs, *lisez* : cependant.

Page 91, ligne 32, *au lieu de* : tout, *lisez* : presque.

Page 105. *Entre les lignes* 34 et 35, intercalez les lignes suivantes :

« Du 15 au 21 mars 1842, 580 miliciens sont admis successivement, en divers détachements, au dépôt du régiment d'élite. A leur arrivée, tous ces hommes sont de ma part l'objet d'une visite rigoureuse. Ceux d'entre eux qui présentent les conjonctives recouvertes de granulations, ou seulement dans un état suspect, sont immédiatement éloignés, et dirigés, les uns sur l'hôpital, les autres sur les salles des granulés. Ceux qui sont trouvés sains sont logés à la caserne des *Dames-Blanches*, abandonnée depuis quelques jours par le bataillon du dépôt de ce régiment, où l'ophthalmie granuleuse avait cessé de régner depuis 18 mois. On leur délivre des literies qui avaient servi, deux ans auparavant, au 3e régiment de ligne, qui renfermait, à cette époque, un grand nombre de granulés.

« Le 27 mars, cinq jours après l'arrivée du dernier détachement, je visite de nouveau les recrues, et j'acquiers la certitude que tous ont les conjonctives palpébrales parfaitement saines. Le 2 avril, à ma deuxième visite, je trouve deux hommes avec des granulations vésiculaires vers le canthe externe de la conjonctive palpébrale inférieure.

« Le 9 suivant, cinq nouveaux cas analogues au précédent se présentent ; le 16, trois, et le 23, six. Tous ces hommes sont séparés des autres ; mais, voulant suivre la marche et le développement des granulations, je ne les soumets à aucun traitement. Le 29, la veille de leur départ pour le régiment, je fais une dernière visite, et je constate quatre nouveaux cas ; en tout vingt.

« En 1843, le régiment reçoit 600 miliciens qui sont casernés dans un vaste bâtiment qu'avait

occupé, trois ans auparavant, le 3e régiment de ligne, qui, comme on le sait déjà, avait beaucoup de granulés.

« Les hommes trouvés atteints de granulations à leur arrivée sont immédiatement placés dans une partie éloignée du bâtiment, pour y être traités. On prend à leur égard les mêmes mesures de précaution que l'année précédente.

« Les salles nos 1 et 6, situées au rez-de-chaussée, ainsi que tous les objets de couchage qui s'y trouvent, sont soumis pendant vingt-quatre heures à l'action des fumigations *guitonniennes*.

« Deux fois par semaine les soldats sont visités avec la plus scrupuleuse attention, et à leur départ de Louvain, nous constatons treize cas de granulations, exclusivement parmi les hommes qui occupaient la chambre où l'on n'avait pas pratiqué de fumigations. Les 260 miliciens qui avaient couché dans les salles nos 1 et 6 en furent complétement exempts.

« Enfin, en 1844, 600 miliciens arrivent de nouveau au dépôt; ils sont logés dans la même caserne, on leur délivre les mêmes objets de couchage; mais, cette année, ces objets et toutes les salles destinées au logement sont soumis à des fumigations de chlore pendant 48 heures. Cette fois, le succès a été complet, et nous n'avons pas eu à constater un seul cas de granulations. »

Page 114. *Au lieu des lignes* 25, 26, 27, 28, 29, *lisez* : « M. Hairion rend compte des expériences qu'il a faites sur le même objet. Ce n'est pas le muco-pus sécrété par la conjonctive granuleuse et transporté immédiatement sur la conjonctive saine qui donne lieu au développement des granulations; celles-ci sont dues à l'influence des émanations qui proviennent des yeux sécrétant cette matière muco-purulente. »

Page 114, ligne 4 en remontant, *au lieu de* : peu, *lisez* : trop.

Page 115, entre les lignes 11 et 12, *ajoutez* : M. Decaisne partage ici l'opinion de M. Thune.

« Dans l'armée belge, dit-il, il n'est point ordonné d'isoler les hommes atteints de granulations *vésiculeuses*; les médecins sont libres de faire ce qu'ils jugent utile à cet égard : beaucoup d'entre eux se bornent à *surveiller* les hommes porteurs de vésicules, ainsi que l'a déclaré M. Vleminckx dans une lettre adressée officiellement à ce sujet à M. le Ministre de la Guerre du Danemark. — Les vésicules disparaissent souvent sans avoir été traitées. »

Page 122, ligne 30, *au lieu de* : 5,000, *lisez* : 500.

Page 124, ligne 11, en remontant, *au lieu de* : 25, *lisez* : 20.

Page 133, ligne 11, *au lieu de* : arrêter, *lisez* : affecter.

Page 136, ligne 23, *au lieu de* : subjective, *lisez* : objective.

Page 139, ligne 6, *au lieu de* : postérieure, *lisez* : antérieure.

Page 140, ligne 3, en remontant, *au lieu de* : la pupille se dilate, et qu'elle se resserre, *lisez* : la pupille se resserre et qu'elle se dilate.

Page 189, ligne 16, *au lieu de* : Alenmider, *lisez* : Alexander.

Page 219, ligne dernière, *au lieu de* : qu'il n'y a pas plus, *lisez* : qu'il n'y a plus.

Page 229, ligne 20, *au lieu de* : 1848, *lisez* : 1818.

Page 241, ligne 50, *au lieu de* : summum, *lisez* : au summum.

Page 242, ligne 11, *au lieu de* : acutus, *lisez* : oculus.

Page 242, ligne 35, *au lieu de* : en germe, *lisez* : ou germe.

Page 245, ligne avant-dernière, *au lieu de* : 1855, *lisez* : 1853.

Page 246, ligne 40, *au lieu de* : hommes, *lisez* : recrues.

Page 247, ligne 16, *au lieu de* : 1837, *lisez* : 1851.

Page 251, ligne dernière, *au lieu de* : qu'en, *lisez* : qu'au.

Page 254, ligne 31, *au lieu de* : grammes, *lisez* : grains.

Page 255, ligne 3, *au lieu de* : argentinitrum, *lisez* : argenti nitrici.

Page 255, ligne 6, en remontant, *au lieu de* : paupière, *lisez* : paupière inférieure.

Page 258, ligne 8, *au lieu de* : dix grammes, *lisez* : dix grains.

Page 264, ligne 12, en remontant, *au lieu de* : maladies, *lisez* : malades.

Page 356, ligne 28, *au lieu de* : l'amincissement, *lisez* : l'amincissement de la cornée.

CONGRÈS

D'OPHTHALMOLOGIE

DE BRUXELLES.

13, 14, 15 & 16 SEPTEMBRE 1857.

Par sa circulaire du 15 janvier dernier, le Comité d'organisation du Congrès priait Messieurs les médecins qui voudraient bien s'intéresser à son projet, de lui faire connaître, en même temps que leur adhésion, les points sur lesquels ils désiraient voir se porter spécialement l'attention de la Compagnie.

A la suite de cet appel, un certain nombre de questions, parmi lesquelles le Comité a dû faire un choix, lui ont été proposées. Le programme de ces questions a déjà été adressé à Messieurs les membres adhérents.

Le Comité leur soumet aujourd'hui les solutions suivantes aux questions qui feront l'objet des délibérations du Congrès.

Il est entendu que ces solutions n'ont qu'un caractère purement provisoire, et qu'elles sont simplement destinées à servir de base aux discussions et à faciliter ainsi les travaux de la Compagnie. Elles n'impliquent aucun système arrêté, laissent libres toutes les opinions et admettent toutes les modifications qu'on jugera utile d'y faire subir.

Le Comité a aussi trouvé nécessaire, pour abréger et simplifier les

1

travaux, et économiser le temps de l'Assemblée, de préparer un règlement pour la tenue des séances.

Il n'a eu en vue, en l'établissant, que le désir d'imprimer aux discussions une marche bien coordonnée, et d'en faire sortir les résultats pratiques que l'on est en droit d'en attendre.

LE COMITÉ D'ORGANISATION :

Fallot, Président de l'Académie Royale de Médecine de Belgique, etc., Président ;

Bosch, Chirurgien à l'Institut Ophthalmique du Brabant, etc. ;
Hairion, Directeur de l'Institut Ophthalmique de l'armée, à Louvain, etc. ;
Van Roosbroeck, Directeur de l'Institut Ophthalmique du Brabant, etc. ;
} Membres.

Warlomont, Rédacteur en chef des *Annales d'Oculistique*, Secrétaire général.

Bruxelles, le 1er septembre 1857.

RÈGLEMENT.

L'ouverture du Congrès aura lieu à Bruxelles le 13 septembre 1857, à 11 heures du matin, dans la salle commune aux séances publiques de l'Académie Royale des Sciences, des Lettres et des Beaux-Arts et à celles de l'Académie Royale de Médecine de Belgique (au Musée).

Nul n'est admis aux séances s'il n'est porteur d'une carte personnelle, qui sera délivrée le 12 septembre, de midi à quatre heures et de six à huit heures du soir, et le 13, de huit à dix heures du matin, au Secrétariat général, rue Notre-Dame-aux-Neiges, 27 (1).

Le bureau provisoire est formé des membres du Comité d'organisation. — L'assemblée, dans sa première réunion, nomme son bureau définitif.

Les membres se répartissent, pour les travaux préparatoires, en trois sections, respectivement chargées d'arrêter provisoirement et de proposer à l'assemblée générale la solution des questions posées au programme. (*Voir le programme.*)

Chaque membre, en retirant sa carte d'admission, désigne la section à laquelle il désire appartenir; toutefois, le même membre peut prendre part aux travaux de plusieurs sections.

Chaque section nomme son bureau et choisit un ou plusieurs rapporteurs. Les rapports doivent, autant que possible, être écrits. Tous les documents, notes, propositions, relatifs aux travaux du Congrès, sont distribués aux sections que ces travaux concernent.

(1) Au moment où ils retireront leur carte, MM. les membres verseront une somme de *dix francs*, pour les frais de la publication du *Compte-rendu* des séances. Ils auront soin d'indiquer, en même temps, d'une manière précise, l'adresse à laquelle ils désirent que le Compte-rendu leur soit expédié, et, de préférence, celle d'un libraire auquel ils donneront les instructions nécessaires pour la réception de l'ouvrage et le payement du port.

Indépendamment de l'exemplaire auquel ils ont droit, les membres peuvent souscrire pour tel nombre d'exemplaires qu'ils jugent convenable, au prix, *payé d'avance*, de 10 francs l'exemplaire.

Les sections se réunissent journellement, à neuf heures précises du matin, dans le local qui leur est respectivement affecté. Toutefois, elles se réuniront une première fois le 13, à deux heures de relevée, immédiatement après la première séance générale.

L'assemblée générale se réunit, à une heure précise de l'après-midi, dans la salle de ses séances. Les membres signent chaque jour la liste de présence déposée à l'entrée du local.

Le Président a la police des séances et la direction des débats; il arrête les ordres du jour en se concertant avec le bureau. Les secrétaires, soit de l'assemblée générale, soit des sections, tiennent un procès-verbal qui mentionne l'ordre et l'objet des délibérations.

La durée de chaque discours devra, autant que possible, ne pas dépasser quinze minutes. — Cette disposition n'est pas applicable aux rapporteurs.

Pour assurer l'exactitude et faciliter la prompte publication du *Compte-rendu*, les orateurs sont invités à remettre, dans le plus bref délai possible, au bureau, la substance de leurs discours, ou tout au moins des notes qui puissent guider les personnes qui seront chargées de la mise en œuvre des matériaux destinés à l'impression.

Messieurs les membres qui auront à faire au Congrès des communications en dehors des matières renseignées au programme, seront entendus dans l'ordre qui sera fixé par le bureau. Toutefois, il faudra qu'ils aient eu le soin de faire connaître au secrétaire général, quelques jours avant la réunion du Congrès, le sujet dont ils désirent l'entretenir. Cette disposition est applicable aux personnes qui voudraient exposer des instruments de chirurgie oculaire, appareils optiques, etc., etc. — Il ne pourra être fait d'exception aux prescriptions de cet article qu'après avoir pris l'avis de l'assemblée (1).

Bien que la langue française soit employée de préférence pour les débats, néanmoins *les membres étrangers seront également admis à s'exprimer en d'autres langues.* Dans ce cas, le sens de leurs paroles sera traduit sommairement, si le désir en est exprimé, par l'un des membres présents à la réunion.

Un ou plusieurs sténographes sont attachés à l'assemblée.

A l'ouverture de chaque séance, l'un des secrétaires fera connaître les publications, mémoires, notes et travaux divers offerts au Congrès et relatifs aux questions qui y sont traitées. Ces documents seront reproduits, soit intégralement, soit par voie d'analyse ou d'extraits, dans le *Compte-rendu* imprimé du Congrès, dont un exemplaire sera adressé à chacun de ses membres.

(1) Messieurs les membres sont vivement sollicités de se munir des préparations anatomiques, instruments et appareils, nouveaux ou modifiés, qu'ils ont en leur possession, l'exhibition de ces pièces devant être du plus haut intérêt.

PROGRAMME

ET

PROJET DE SOLUTIONS.

PREMIÈRE SECTION.

I

A. — *La transmissibilité de l'ophthalmie purulente dite* militaire *étant démontrée, peut-on déterminer exactement par quelle voie s'opère la transmission?*

L'ophthalmie contagieuse peut se transmettre :

1. *Par contact,* c'est-à-dire par le transport du principe contagieux fourni par l'œil malade sur l'œil sain, soit directement (*contact immédiat*), soit par l'intermédiaire d'objets contaminés (*contact médiat*). Ce mode de transmission de la maladie, assez commun à l'époque où elle régnait à l'état aigu, est rare aujourd'hui.

2. *Par infection.* Le plus souvent, la transmission de l'ophthalmie s'effectue par l'intermédiaire de l'air chargé de principes contagieux. Pour quelques médecins, toutefois, il n'est pas bien démontré que des objets placés dans un foyer d'infection puissent s'imprégner de miasmes, les conserver pendant un certain temps, puis, sous l'influence de circonstances favorables, les restituer à l'air et former ainsi de nouveaux centres de contagion, susceptibles de produire la maladie chez des individus qui s'y trouvent placés. Cependant, la science possède des observations qui sont de nature à ne laisser aucun doute à ce sujet et à justifier les moyens de désinfection indiqués plus loin comme indispensables à l'extirpation de la maladie.

C'est par infection surtout que l'ophthalmie se propage actuellement dans l'armée, et c'est principalement la nuit, dans des chambres encombrées ou mal aérées, que les conditions de transmissibilité s'établissent et que la propagation s'opère.

B. — *Quel est, dans la transmissibilité de l'ophthalmie, le rôle que les faits permettent d'assigner aux granulations, et quelle est la nature de ces dernières?*

On confond sous le nom de *granulations* toutes les altérations organiques susceptibles de donner à la conjonctive des paupières un aspect rugueux.

C'est en vain qu'on voudrait rattacher les diverses altérations qui ont été décrites sous ce nom à une seule et même cause, à un seul et même principe, ou ne voir en elles que les phases diverses d'une seule et même affection. L'expression moderne *granulations* a été employée pour désigner des altérations de la conjonctive, très-diverses quant à leur nature, à leur cause, à leur siége, et n'ayant d'autre caractère commun que l'aspect plus ou moins rugueux qu'elles donnent à la conjonctive. Cette expression répond exactement au mot *trachoma* que Plenck définit : *asperitas in internâ palpebrarum superficie* (1).

Malgré l'aspect le plus varié quant aux caractères physiques, les granulations, envisagées au point de vue de leur constitution anatomique, ne comprennent que quatre variétés distinctes. Ce sont les suivantes :

1. Les granulations *papillaires* (*trachoma sabulosum* de Plenck, *granulations miliaires, sablées*); 2. les granulations *végétantes* (*trachoma carunculosum*, id., *granulations veloutées, fongueuses, charnues, sarcomateuses, végétantes, molles*) ; 3. les granulations *inodulaires* (*callositas palpebrarum*, Maître-Jan, *granulations dures, calleuses, cartilagineuses, fibreuses*) et 4. les granulations *vésiculeuses* (*trachoma herpeticum*, Plenck, *ficositas palpebrarum*, Maître-Jan). Les premières sont constituées par le corps papillaire amené par la congestion ou l'inflammation à l'état d'engorgement ou d'hypertrophie; les secondes par un tissu cellulo-vasculaire analogue à celui qui se développe à la surface des plaies ; les troisièmes par un tissu cicatriciel. Toutes trois sont des produits plus ou moins éloignés de l'inflammation. Les granulations vésiculeuses seules sont constituées par un produit morbide spécial, *sui generis*, de nouvelle formation, se développant par un travail lent et insidieux. Elles ne produisent pas de sécrétion et ne sont pas contagieuses par elles-mêmes, mais leur présence excite le plus souvent dans la conjonctive un travail inflammatoire avec sécrétion muco-purulente d'où s'élèvent des émanations qui constituent la source principale des granulations *dites* militaires.

Les granulations *vésiculeuses* sont de petits kystes développés dans

(1) On trouve décrites comme variétés de granulations *dites* militaires, des granulations miliaires, papillaires, veloutées, fongueuses, charnues, sarcomateuses, végétantes, vésiculeuses, molles, dures, calleuses, pédiculées, sessiles, sécrétantes, non sécrétantes, etc.

l'épaisseur de la conjonctive; les parois du kyste sont formées de tissu intriqué, d'une espèce d'agrégation ou plutôt de stratification de cellules. Elles renferment un liquide hyalin, transparent, dans lequel nagent des cellules simples. Ces kystes ont de $0^{mm}3$, $0^{mm}4$, à 1 ou 2 millimètres. Plus tard, le liquide prend la consistance caséeuse par sa transformation successive en cellules. Lorsque la conjonctive tend à s'enflammer, ses vaisseaux s'étendent sur les kystes, rampent à leur surface, ou pénètrent dans leur épaisseur; les exsudations plastiques qui en résultent donnent lieu, en s'organisant, à de petites masses de tissu rougeâtre, charnu, composé de tissu fibro-plastique, qui se substituent aux granulations vésiculeuses.

Envisagées au point de vue de la pratique, du traitement thérapeutique qu'elles réclament, de l'opiniâtreté plus ou moins grande qu'elles opposent à ce traitement, au point de vue même de la terminaison, on peut admettre dans l'évolution des granulations vésiculeuses trois périodes distinctes, suivant qu'elles sont : 1° *transparentes;* 2° *vascularisées;* 3° *végétantes* ou *charnues.*

1° Les granulations vésiculeuses *transparentes* sont petites, discrètes, diaphanes, disséminées sur une conjonctive lisse, fine, transparente comme à l'état normal. La sécrétion muqueuse, peu ou point augmentée, conserve aussi sa transparence et semble n'avoir éprouvé aucune altération.

2° Les granulations *vascularisées* sont plus volumineuses et ordinairement aussi plus nombreuses ; la conjonctive qui leur sert de *substratum* est enflammée, d'un rouge plus ou moins vif, plus épaisse et repliée sur elle-même. La sécrétion, plus ou moins abondante, consiste en un mucus épais, cohérent, ou bien en une matière puriforme.

3° Les granulations *végétantes* donnent à la conjonctive l'aspect rouge, charnu, sarcomateux; mais la production de tissu fibro-plastique ne s'étendant d'ordinaire qu'à une partie des granulations vasculaires, il en résulte que, à cette période avancée de la maladie, la conjonctive ne présente pas partout le même aspect. Là où les granulations vésiculeuses sont remplacées par des granulations de nature fibro-plastique, elle est rouge, charnue, végétante; sur d'autres points, elle est recouverte de granulations encore à l'état vésiculeux. Ailleurs, on remarque déjà des traînées ou des plaques de tissu inodulaire. La matière sécrétée, d'ordinaire abondante, est épaisse et purulente. A cette époque de la maladie, on voit souvent des granulations papillaires très-distinctes, surtout sur la partie de la conjonctive voisine des bords palpébraux.

C. — *Est-il une formule de traitement dont l'expérience ait sanctionné la supériorité dans le traitement de l'ophthalmie militaire?*

L'ophthalmie de l'armée n'est pas une entité morbide toujours la même, invariable dans sa cause, sa marche, ses symptômes, et partant susceptible d'être combattue par une médication unique, quels que soient d'ailleurs la valeur de celle-ci et le chiffre des guérisons sur lequel elle s'appuie. Les applications des nombreux agents préconisés tour à tour ont eu pour double résultat de démontrer l'insuffisance d'une méthode exclusive et de faire naître une méthode mixte, aussi variable que la forme, les symptômes, les complications de l'ophthalmie. C'est la méthode la plus généralement employée aujourd'hui, la seule rationnelle, d'ailleurs, et la plus efficace.

Ce traitement, dans les détails duquel nous ne pouvons entrer, se compose, *a*) *dans l'ophthalmie purulente aiguë:* de la médication antiphlogistique dans toute son extension, de l'application de certains agents locaux ayant pour objet de modifier l'inflammation de la conjonctive, d'injections détersives et de l'excision du chémosis; *b*) *dans les granulations palpébrales :* de l'emploi d'agents caustiques ou résolutifs, combinés, s'il y a lieu, avec les médications antiphlogistique, altérante, ou tonique et reconstitutive, suivant les circonstances. Dans le choix des moyens locaux, il faut donner la préférence à ceux qui sont susceptibles de combattre la maladie sans porter atteinte à l'intégrité des tissus, car l'expérience n'a que trop appris les conséquences désastreuses de médications désorganisatrices. Il faut aussi savoir éviter les réactions trop vives ou trop souvent réitérées, qui ont le tort de faire des organes oculaires des centres de fluxion et d'y créer des habitudes morbides. D'autre part, s'il est vrai que la valeur d'une médication quelconque réside en grande partie dans la manière de la mettre en pratique, et que les résultats si différents que l'on en retire dépendent souvent du *modus faciendi*, il est de la plus haute importance que le médecin ait des idées bien arrêtées sur tout ce qui regarde le choix des préparations, les doses auxquelles on doit les employer et le mode de leur application.

Enfin, quel que soit le traitement auquel on s'arrête, une application convenable des lois de l'hygiène doit former le complément indispensable du traitement thérapeutique.

D. — *Quelles sont les meilleures mesures à prendre pour prévenir l'apparition et empêcher la propagation de l'ophthalmie militaire?*

La prophylaxie de l'ophthalmie des armées comprend :

I. La guérison des soldats actuellement affectés de la maladie;

II. La désinfection des locaux (casernes, prisons, hôpitaux, etc.) et des objets à l'usage des soldats ;

III. Les mesures tendant à empêcher la propagation et l'aggravation de l'ophthalmie;

IV. Les mesures ayant pour but, la maladie une fois éteinte, d'en prévenir le retour.

I

Ce qui importe avant tout, c'est de guérir les hommes atteints de granulations. On est aujourd'hui en mesure d'atteindre ce but.

A cet effet :

1° *On ordonnera dans les corps des visites sévères, fréquentes et minutieuses.*

2° *On instituera des salles de granulés, destinées exclusivement aux hommes atteints de granulations, et l'on dirigera sur les hôpitaux ceux dont l'état exigera d'autres soins que le traitement mis en usage contre les granulations.*

3° *Ces salles seront vastes, bien aérées et assez activement surveillées pour empêcher les soldats infectés de communiquer avec les hommes sains.*

4° *Les hommes atteints de granulations avec blennorrhée seront séparés de ceux qui présentent des granulations sans sécrétion.*

5° *Tous les jours, après sa visite, le médecin désignera ceux qui peuvent faire entièrement leur service et ceux dont le service doit être allégé ou complétement interrompu* (1).

(1) En Belgique, les salles des granulés sont établies dans les casernes; on en a fait aussi, à une autre époque, des établissements généraux auxquels on a donné le nom de *dépôts*. Ailleurs, on a institué des infirmeries spéciales dans chaque ville de garnison. Auxquels de ces établissements faut-il donner la préférence? Il est certain qu'il est difficile d'obtenir dans les salles de granulés, situées dans les casernes, les conditions de salubrité désirables pour ces établissements, et l'on ne peut se dissimuler, d'ailleurs, le danger de placer de tels foyers d'infection au milieu d'hommes sains. Des établissements particuliers isolés, des espèces d'infirmeries de garnison, exclusivement affectées au traitement des granulés, placées sous la direction du médecin en chef de la garnison, et où chaque médecin des corps serait admis à traiter ses granulés, n'auraient pas le même danger et offriraient indubitablement plus de garanties. Ces locaux seraient choisis assez vastes pour suffire à toutes les éventualités, situés, autant que possible, sur un terrain sec et entourés de jardins qui permettraient aux malades de se livrer à la promenade et au maniement d'armes, aux manœuvres, aux habitudes de la vie militaire, de la discipline, etc. Les malades y seraient plus convenablement soignés; les médecins pourraient compter avec plus de sûreté sur l'administration des remèdes et, partant, sur leur efficacité; les hommes sains ne courraient plus le risque de s'infecter au contact du foyer de la maladie; enfin l'autorité elle-même pourrait exercer une surveillance plus efficace et juger comparativement, par les succès obtenus, de la valeur des différents modes de traitement employés.

Si l'on fait attention que l'ophthalmie n'est plus, comme autrefois, bornée aux armées, qu'elle règne également dans les populations, qu'elle y exerce parfois de grands ravages ; si, d'autre part, il est certain que le traitement de cette maladie exige des connaissances spéciales qu'on ne trouve pas généralement chez les médecins civils, et auxquelles même les jeunes médecins sortant des universités sont souvent étrangers, on comprendra tous les avantages qu'il y aurait à placer aux siéges des universités des dépôts généraux de granulés, organisés

6° *Dans les hôpitaux on séparera les ophthalmiques des autres malades; on classera également les ophthalmiques par catégories séparées d'après le degré de gravité de leur maladie, l'abondance de la suppuration, etc. Les convalescents seront placés dans des quartiers isolés et soumis à une surveillance spéciale.*

7° *A leur entrée à l'hôpital, les ophthalmiques seront nettoyés et recevront un lit et des vêtements propres.*

8° *Chacun y aura en propre son essuie-mains et les ustensiles à son usage.*

9° *La plus grande propreté doit régner dans les salles, et l'air y être suffisamment renouvelé par une ventilation convenable.*

10° *Après la visite du matin, il faut évacuer les salles qui peuvent l'être sans inconvénient pour les malades, les aérer, et ne les rouvrir qu'aux heures des repas et du coucher. Hors de là, les malades prendront, autant que leur état le permettra, de l'exercice à la cour, au jardin, dans des galeries couvertes ou des salles de rechange, suivant la saison, les commodités et les ressources des locaux. Dans les salles qui ne peuvent être évacuées, on devra entretenir un dégagement lent de chlore.*

11° *De temps en temps on devra faire évacuer les salles pour quelques jours et les désinfecter, ainsi que les literies.*

12° *On fera désinfecter, comme pour les hommes atteints de la gale, les habits que portaient les ophthalmiques à leur entrée à l'hôpital, ceux qui leur ont servi pendant le séjour qu'ils y ont fait, ainsi que leurs literies.*

13° *A leur sortie de l'hôpital, les militaires seront dirigés :* a) *s'ils sont entièrement rétablis, sur leur corps, où ils seront soumis à une surveillance active;* b) *s'ils offrent encore des traces de granulations, sur la salle des granulés;* c) *sur un établissement central, espèce d'institut ophthalmique, s'ils sont jugés impropres au service.*

14° *On réunira dans cet établissement une commission de médecins chargée d'examiner les militaires en traitement qui leur seront présentés comme devant être éloignés du service, du chef de l'une ou de l'autre affection oculaire. A des époques déterminées, cette même commission examinera les hommes pensionnés provisoirement pour affections contractées au service. Ceux dont la commission estimera que la situation est encore susceptible de s'améliorer par des procédés thérapeutiques seront conservés en traitement. Ceux qui sont déjà pensionnés provisoirement, et au sujet desquels elle croira devoir prononcer l'ajournement définitif ou provisoire, seront renvoyés immédiatement dans leurs foyers, tandis que les militaires non encore pensionnés*

de manière à devenir en même temps une source d'instruction pour les médecins militaires et pour les élèves des universités.

provisoirement seront renvoyés à leurs dépôts respectifs, munis d'un certificat constatant leur incapacité au service.

15° *Dans des cas véritablement exceptionnels, il pourra y avoir lieu à renvoyer un convalescent d'ophthalmie dans ses foyers, mais en ayant soin d'indiquer aux parents et à lui-même les précautions à prendre pour empêcher la maladie dont il est atteint de se communiquer à d'autres.*

II

L'expérience a prouvé que des objets, placés dans une atmosphère chargée du principe contagieux de l'ophthalmie, peuvent s'imprégner de ce principe et devenir à leur tour, dans des conditions données, des centres de contagion. La désinfection des casernes, des hôpitaux, des prisons et des objets à l'usage des soldats, constitue donc une mesure complémentaire du traitement thérapeutique de l'ophthalmie et indispensable pour en amener l'extirpation.

On objectera qu'on a eu recours à ces mesures en Belgique, et que le fléau n'en a pas moins continué ses ravages. C'est vrai, mais à l'époque où elles ont été prises, on ne connaissait ni la nature, ni la marche de la maladie, et les granulations de la conjonctive palpébrale, auxquelles on s'accorde à attribuer la persistance du mal, étaient encore inconnues des médecins belges. En laissant subsister ce foyer de contagion, la désinfection devenait une mesure incomplète, insuffisante, et ne pouvait avoir de résultat durable. Les conditions ne sont plus les mêmes aujourd'hui ; les médecins ont une connaissance parfaite des granulations et peuvent saisir le mal à sa naissance et y opposer un traitement efficace. Lorsque M. Jüngken avançait, en 1834, que la présence dans l'armée des hommes atteints de granulations était le motif pour lequel l'ophthalmie continuait à sévir, il proclamait un fait que personne n'a songé à contester ; mais il est certain que le célèbre ophthalmologiste allemand n'a vu qu'un côté de la question, car il serait plus vrai de dire aujourd'hui que l'ophthalmie continue ses ravages dans l'armée, parce que les hommes se trouvent placés dans un foyer d'infection formé par les émanations qui s'élèvent des objets contaminés au milieu desquels ils vivent. Si l'unique cause de la persistance de l'ophthalmie dans l'armée avait été la présence des hommes atteints de granulations, le renvoi des granulés dans leurs foyers aurait dû arrêter immédiatement la maladie. Au surplus, le traitement thérapeutique, essentiellement efficace, mis en usage depuis vingt ans, n'aurait-il pas dû faire disparaître le fléau? La persistance du mal dit assez qu'il ne saurait suffire de guérir tous les hommes qui en sont attaqués, pour le voir s'éteindre. D'autre part, la désinfection des ob-

jets, à elle seule, a complétement échoué. Toutefois, les annales de la science possèdent des faits établissant que l'emploi simultané de ces deux ordres de moyens a été suivi d'un plein succès. La prescription suivante constitue donc le complément indispensable du traitement thérapeutique de l'ophthalmie dite militaire :

16° *Désinfecter les casernes, les prisons, les hôpitaux et tous les objets à l'usage du soldat.*

III

Les médecins militaires ont pu remarquer qu'il y a, sous le double rapport du traitement et du pronostic en général de la maladie, une distinction essentielle à faire entre les granulations *non vascularisées* et les granulations *vascularisées* avec blennorrhée. On sait, d'autre part, que les cas où l'ophthalmie de l'armée offre primitivement de la gravité sont très-rares actuellement : en Belgique, du moins, il en est ainsi. La maladie y est très-bénigne au début et susceptible de disparaître par un traitement simple et généralement de courte durée. L'opiniâtreté du mal et les dangers qui l'accompagnent ne surgissent que plus tard, lorsque l'inflammation s'est emparée de la conjonctive et que cette membrane sécrète une matière muco-purulente. Les médecins ne sauraient donc trop s'appliquer à conjurer le mal dès le principe et à éloigner toutes les causes capables de lui imprimer une activité plus grande.

Parmi ces causes on peut désigner particulièrement :

a) Toutes celles qui ont pour effet d'entretenir un état congestif ou irritatif vers les organes oculaires, ou d'en occasionner l'inflammation : une tenue vicieuse comprimant le cou et le cuir chevelu, les exercices prolongés pendant les chaleurs de l'été, le séjour dans une atmosphère chargée de poussière ou de fumée, l'action d'une lumière vive réfléchie par une surface blanche, le défaut d'équilibre entre le système cutané et le système muqueux, les refroidissements et les applications trop irritantes ou caustiques sur la conjonctive, enfin la gonorrhée, dont l'influence sur les militaires atteints de granulations est des plus désastreuses.

b) Les causes qui ont pour effet de troubler les fonctions nutritives et d'exercer par là une influence aggravante sur la marche de la maladie : l'abus des liqueurs alcooliques, une nourriture malsaine, indigeste ou insuffisante, le séjour au milieu d'une atmosphère habituellement froide, humide ou viciée.

c) Enfin l'encombrement, cause à laquelle il faut attribuer en grande partie la persistance du mal dans les armées.

De ces considérations on peut déduire les règles hygiéniques suivantes :

17° *Éviter l'encombrement dans les casernes, prisons, corps de garde, etc.; faire en sorte que les soldats soient placés à la plus grande distance possible les uns des autres.*

18° *Entretenir dans ces locaux un air pur, et veiller à ce que la plus grande propreté y règne.*

19° *Empêcher, par des mesures sévères et rigoureusement observées, que des corps ou des portions de corps infectés aient des rapports avec ceux qui ne le sont pas.*

20° *Empêcher que le soldat s'expose aux causes de refroidissement, à l'action d'une lumière vive, d'une atmosphère chargée de poussière ou viciée de quelque manière que ce soit.*

21° *S'assurer si toutes les enveloppes qui recouvrent le cou et la tête n'exercent aucune espèce de compression sur ces parties.*

22° *Veiller à ce que la plus grande propreté règne dans les casernes et autour du soldat.*

23° *Employer contre les granulations naissantes (granulations vésiculeuses,* qu'il faut bien se garder de négliger) *les moyens qui exposent le moins aux réactions vives et à l'inflammation de la conjonctive.*

24° *Envoyer immédiatement aux hôpitaux les hommes atteints d'ophthalmie, de maladies cutanées et de gonorrhée.*

25° *Redoubler de soins pendant les recrudescences de l'épidémie, inspecter journellement les soldats, examiner soigneusement leurs yeux, afin de pouvoir envoyer aux hôpitaux, infirmeries ou salles de granulés, dès l'invasion du mal, ceux qui en sont atteints. Si l'épidémie vient à sévir violemment dans une caserne, l'évacuer aussitôt, séparer les hommes atteints de ceux qui ne le sont pas, éloigner le régiment et le séquestrer dans des localités spacieuses jusqu'à ce que l'ophthalmie soit entièrement éteinte, laver les literies et les habits qui ont servi aux malades, désinfecter les objets qui ne sont pas susceptibles d'être lavés, et blanchir les murs.*

En temps de guerre, les mesures spéciales à prendre contre l'ophthalmie contagieuse seront indiquées dans un règlement particulier.

IV

Il ne saurait suffire, pour extirper radicalement l'ophthalmie des armées, de guérir les hommes actuellement atteints de granulations, et de désinfecter les casernes; en un mot, d'attaquer le fléau dans sa double source; il faut chercher à les en garantir et ne pas perdre de vue, en effet, que si l'ophthalmie venait à disparaître entièrement des régiments, elle pourrait y rentrer par les voies suivantes :

1. Les faits prouvent qu'une conjonctive peut recéler les germes de l'ophthalmie, sans qu'il soit possible à l'œil nu de saisir le moindre changement soit dans la texture, soit dans les fonctions de cette membrane; de telle sorte que les militaires qui ont été déjà atteints, voire même ceux qui ont été seulement exposés au foyer d'infection, sont susceptibles, quoique ayant en apparence les conjonctives saines, de voir se développer chez eux des granulations vésiculeuses sans avoir subi l'influence d'une nouvelle contagion. Pour donner un développement rapide à ces granulations latentes, insaisissables à l'œil nu, il ne faut que l'action d'une cause irritante quelconque, un refroidissement, une lésion traumatique, un corps étranger venant se loger sous les paupières, ou toute autre cause susceptible de déterminer sur la conjonctive un mouvement fluxionnaire.

2. L'ophthalmie contagieuse n'est plus bornée aux armées; depuis longtemps elle a fait invasion dans le civil, et s'il n'est que trop vrai que le soldat renvoyé malade dans ses foyers a contribué à infecter les populations, celles-ci pourraient à leur tour réimporter l'ophthalmie dans l'armée. Parmi les recrues qui arrivent aux corps, il en est toujours un certain nombre qui ont les conjonctives recouvertes de granulations.

3. Il est vrai aussi que des soldats renvoyés chez eux en congé, ayant les conjonctives parfaitement saines en apparence, présentent des granulations à leur rentrée au corps.

4. On ne saurait douter non plus que le soldat n'aille puiser quelquefois le germe de l'ophthalmie dans ses relations avec les habitants de la ville où il se trouve en garnison.

5. Enfin, sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques, de l'encombrement surtout, des faits semblent prouver que l'ophthalmie catarrhale, sporadique ou épidémique, peut revêtir la forme purulente et servir de point de départ à une nouvelle épidémie.

Il résulte de ces considérations que les mesures suivantes forment le complément indispensable de celles qui précèdent :

26° *Dans le recrutement, visiter avec le plus grand soin les hommes sur le point d'être incorporés, et envoyer incontinent en traitement, soit dans les hôpitaux, soit dans les salles de granulés, selon le degré de leur affection, et avant qu'ils aient eu aucun contact avec les hommes du corps auquel ils vont appartenir, tous ceux qui sont atteints de granulations susceptibles d'une prompte guérison.*

27° *Visiter rigoureusement avant leur départ tous les hommes renvoyés dans leurs foyers à un titre quelconque, retenir ceux qui pourraient transmettre l'ophthalmie, soumettre les hommes sains sortant d'un foyer d'infection à des ablutions savonneuses, et désinfecter les objets dont ils se sont servis.*

28° *Visiter immédiatement tout homme rentrant au corps après une absence quelconque.*

29° *Redoubler de soins et de vigilance lorsque l'ophthalmie est sur le point de disparaître d'un corps.*

30° *Le fléau une fois éteint, continuer pendant longtemps encore la même surveillance dans les casernes, les prisons, les hôpitaux, et s'assurer que les mesures hygiéniques sont fidèlement et ponctuellement exécutées.*

La possibilité d'extirper l'ophthalmie granuleuse d'un établissement donné est suffisamment démontrée aujourd'hui, et doit faire naître l'espoir bien légitime de la voir un jour complétement extirpée des armées. Déjà l'on peut constater qu'elle a perdu de sa violence ; qu'elle n'est plus guère aujourd'hui, au moins en Belgique, ce qu'elle était autrefois; que le nombre des malades est moindre, et que les procédés thérapeutiques, en se perfectionnant, ont rendu les accidents moins fréquents et moins graves. Mais il est certain qu'on n'arrivera à l'extirpation complète du fléau que par une application rigoureuse et soutenue des mesures prescrites. Le fait de l'extirpation prompte et radicale de l'ophthalmie granuleuse dans des établissements civils où elle avait fait invasion, et, d'autre part, sa persistance depuis quarante ans dans les armées, doivent fixer toute l'attention des gouvernements et les engager à redoubler d'efforts et de surveillance. Il ne faut pas se faire illusion. Si l'ophthalmie est bénigne à un instant donné, le jour où le soldat sera placé dans des conditions hygiéniques moins favorables, elle pourra reprendre son intensité primitive et reparaître avec son cortége de symptômes effrayants et ses conséquences désastreuses. Tant qu'elle n'est pas entièrement éteinte, ce malheur est imminent, et c'est dans le moment où elle semble sommeiller qu'on peut la combattre avec avantage.

DEUXIÈME SECTION.

II

Quelle est l'influence que la découverte de l'ophthalmoscope a exercée sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'œil?

Une foule d'affections des milieux réfringents et des membranes profondes de l'œil, naguère encore d'un diagnostic difficile ou même impossible, se reconnaissent aujourd'hui avec la plus grande précision par le moyen de l'ophthalmoscope. Telles sont : les opacités débu-

tantes du système cristallinien, et les altérations pathologiques du corps vitré, de la choroïde, de la rétine et de la papille du nerf optique.

Les indications curatives rationnelles s'appuyant évidemment sur la perfection des moyens de diagnostic, l'ophthalmoscope, en donnant à ces indications des bases assurées, a imprimé à la thérapeutique des maladies des parties profondes de l'œil, une sûreté et une précision qu'elle ne possédait pas avant l'introduction de son emploi dans la science.

III

Quels sont les agents qui concourent ou qui président à l'accommodation de l'œil?

Quelques faits propres à jeter du jour sur ce curieux phénomène sont acquis à la science. C'est aux travaux de Helmholz surtout que nous en devons la connaissance.

Quand l'œil s'adapte à la vision des objets rapprochés :

1° La pupille se rétrécit;

2° Le bord pupillaire de l'iris se porte en avant;

3° La portion périphérique de cette membrane se porte en arrière;

4° La face antérieure des cristallins augmente de convexité et la portion centrale de cette face avance vers la cornée;

5° Il y a augmentation d'épaisseur du cristallin, avec diminution du rayon de sa circonférence et amincissement de ses bords.

Dans la vision des objets éloignés :

1° La pupille se dilate;

2° Le bord pupillaire de l'iris se porte en arrière et sa portion périphérique en avant;

3° La convexité de la face antérieure du cristallin diminue, et cette face s'éloigne de la cornée;

4° Le rayon de la circonférence de la lentille cristalline s'agrandit, et sa portion centrale diminue d'épaisseur.

Ces divers changements peuvent s'expliquer par les modifications de courbure des deux faces du cristallin, mais surtout de sa face antérieure, produites par la contraction ou le relâchement des fibres de l'iris et les mouvements correspondants du muscle ciliaire. Ce sont donc ces muscles qu'on peut considérer comme les agents qui président à l'accommodation ou adaptation de l'œil.

IV

A. — *L'état actuel de la science ophthalmologique autorise-t-il l'admission d'ophthalmies spécifiques? Dans l'affirmative, que faut-il entendre par cette dénomination, et à combien d'espèces d'ophthalmies est elle applicable?*

B. — *La spécificité de ces affections est-elle reconnaissable à des caractères anatomiques et physiologiques du globe oculaire?*

C. — *La guérison radicale peut-elle s'en obtenir par de simples applications topiques, ou requiert-elle toujours l'intervention d'un traitement général?*

A. La solution de cette question dépendant de l'acception où l'on prend le mot *spécificité*, il est nécessaire d'en déterminer le sens avec précision :

« Toute affection qui, soit par la nature de son agent producteur, « soit à cause des conditions constitutionnelles ou diathésiques où se « trouve celui qui en est atteint, donne lieu à des indications curatives « spéciales, est pour nous une affection *spécifique*. »

Si ce principe est juste, il en résulte que toute ophthalmie, produite par une cause virulente ou constitutionnelle, ou bien entretenue ou compliquée par une maladie diathésique ou constitutionnelle, doit être considérée comme *spécifique*.

B. L'expression phénoménale des affections virulentes ou diathésiques n'a pas assez de constance dans l'organe visuel pour qu'on puisse résoudre catégoriquement cette question par l'affirmative.

C. L'expérience de chaque jour, d'accord avec la théorie, démontre que la guérison *radicale* des ophthalmies spécifiques ne s'obtient pas en général par de simples applications topiques, mais requiert la réunion d'un traitement général et d'un traitement local.

TROISIÈME SECTION.

V

L'expérience a t-elle établi que certaines formes de la cataracte peuvent être guéries sans opération? Dans l'affirmative, quelles sont ces formes et quels sont les moyens qui peuvent suppléer aux moyens chirurgicaux?

Si par le mot *cataracte* on entend l'opacité *spontanée* (ou survenue sous l'influence de causes dont l'action est jusqu'à présent restée

inconnue) qui se produit plus ou moins rapidement dans la substance de la lentille cristalline, on peut répondre sans hésiter : Non, il n'existe dans les annales de la science aucun fait authentique propre à démontrer qu'une cataracte ait jamais rétrogradé ou se soit jamais arrêtée dans sa marche, sous l'influence d'un traitement médical quelconque.

Si l'on applique la dénomination de *cataracte* aux opacités du cristallin, qui sont la suite de lésions traumatiques, il existe des faits démontrant qu'un traitement antiphlogistique, institué avec énergie, est parvenu à arrêter le développement de ces opacités, à en empêcher la trop grande extension, ou même à les faire diminuer lorsqu'elles existaient déjà.

Si enfin l'on étend le mot de *cataracte* aux opacités de la capsule qui, dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire dans tous, ne sont que des dépôts consécutifs à une inflammation de l'iris ou de la membrane de l'humeur aqueuse, l'expérience a démontré que l'on peut souvent obtenir la disparition de l'opacité par l'emploi d'un traitement propre à ces dernières affections.

VI

De quelle utilité l'occlusion palpébrale est-elle dans le traitement des maladies des yeux? Quelles sont les affections de l'œil qui en réclament l'emploi, et quel est le meilleur mode de l'instituer ?

L'occlusion palpébrale a pour but d'immobiliser les paupières, de soustraire le globe oculaire à l'action de l'air et des corps étrangers qui y sont suspendus, de le comprimer et de favoriser l'action des remèdes en en prolongeant le contact avec les surfaces oculo-palpébrales.

A ces titres divers, elle est éminemment utile dans la conjonctivite aiguë ou chronique (lorsqu'on n'a pas à craindre les effets d'une suppuration abondante sur la cornée), dans la kératite vasculaire et le pannus, dans les ulcères et les perforations de la cornée ; dans les propulsions de cette membrane et la hernie de l'iris ; dans les staphylômes récents, dans l'ophthalmoptose et à la suite de certaines opérations pratiquées sur l'œil, telles que la ponction et l'opération du staphylôme, l'opération de la cataracte, de la pupille artificielle, etc. Enfin on peut parfois encore retirer beaucoup d'avantages de cette pratique, dans l'ectropion et dans les plaies avec perte de substance de la face externe des paupières.

Le meilleur procédé pour l'instituer est celui qui répondra le plus complétement aux conditions suivantes : condamner l'œil au repos et diminuer autant que possible les frottements entre lui et les paupières ; le comprimer modérément, uniformément, de manière à ne causer au-

cune douleur; n'y point concentrer trop de chaleur; pouvoir être renouvelé à volonté, sans gêne, ni embarras, et ménager une issue aux liquides fournis par les sécrétions normales et pathologiques.

Lorsqu'on voudra obtenir l'immobilisation aussi complète que possible de l'œil, il importera d'appliquer l'occlusion aux deux yeux, n'y en eût-il qu'un d'affecté.

VII

A. — *Est-il utile qu'il existe des établissements spéciaux pour le traitement des maladies oculaires?*

B. — *Dans l'affirmative, quelles sont les conditions qu'ils doivent réaliser?*

A. Un intérêt hygiénique, thérapeutique et scientifique, en d'autres termes : l'intérêt de la société, celui de l'individu malade et celui de la science réclament l'existence d'établissements spéciaux pour le traitement des maladies des yeux et en font une nécessité de notre époque.

B. Indépendamment des conditions générales d'hygiène exigibles pour tous les établissements hospitaliers en général, les instituts ophthalmiques demandent encore la réalisation des conditions suivantes :

1. *Exposition générale.* — Une façade à l'est, une autre à l'ouest.

2. *Distribution intérieure.* — *a*) Être exempts de marches et de tous autres accidents du sol contre lesquels les malades privés de la vue seraient exposés à se heurter.

b) Les escaliers principaux seront en bois, auront des marches égales, faciles, des paliers droits, et seront garnis de rampes des deux côtés.

c) Les teintes neutres, vertes, bleues et grises formeront, autant que possible, le fond de la couleur des murailles et de l'ameublement.

d) Outre les dortoirs réservés au logement des malades atteints d'affections non contagieuses, quelques chambres, destinées à contenir chacune quatre malades, et d'autres un ou deux, seront ménagées pour y loger les opérés et les ophthalmiques porteurs de maladies susceptibles de se communiquer. Ces chambres seront munies de rideaux verts capables de modérer l'accès d'une trop vive lumière.

e) Indépendamment des latrines extérieures, des cabinets d'aisance inodores seront disposés à chaque étage, pour les malades qu'il importe de sauvegarder des courants d'air.

3. *Ventilation.* — Aussi indispensable que dans les autres hôpitaux, la ventilation doit ici, plus qu'ailleurs encore, satisfaire à cette condition si difficile à réaliser de ne pas donner lieu à des courants d'air. Des portes doubles, matelassées et battantes seront très utiles.

4. *Promenoirs.* — Les promenoirs, cours et jardins seront abrités contre le vent et les ardeurs du soleil par des arbres touffus.

5. *Cabinets de consultation et d'opérations.* — La chambre où les malades sont examinés et opérés doit, autant que possible, n'offrir qu'une seule fenêtre, large et tournée vers l'est, afin d'éviter les effets de lumière produits inévitablement par toute autre disposition. — A côté de cette chambre, il y aura un cabinet obscur pour les examens ophthalmoscopiques.

6. *Amphithéâtre, etc.* — Un amphithéâtre, une salle de dissections, etc., etc., seraient nécessaires aux établissements destinés à l'enseignement.

LISTE

DES MEMBRES ADHÉRENTS.

(Les membres dont les noms sont précédés d'un astérisque ont assisté au Congrès.)

Angleterre.

* Bowman (W.), chirurgien au *King's College Hospital* et au *Royal London Ophthalmic Hospital* (Moorfields), à Londres.

Brown (J.), médecin, à Glasgow.

Chesshire (Edwin), chirurgien au *Birmingham Eye Institution.*

Cooper (White), chirurgien au *St. Mary's Hospital*, à Londres.

Critchett (G.), chirurgien au *Royal London Ophthalmic Hospital* (Moorfields), à Londres.

* Dixon (James), id.

France, chirurgien au *Guy's Hospital,* à Londres.

* Gillott, chirurgien à l'*Eye Dispensary*, à Scheffield.

* Little, médecin au *London Hospital*, à Londres.

Mackenzie (W.), professeur d'ophthalmologie, à Glasgow.

* Roberts (F.). chirurgien d'état-major de 1re classe, à Londres. (*Délégué par le Gouvernement.*)

Streatfeld, chirurgien au *Royal London Ophthalmic Hospital* (Moorfields), à Londres.

Walton (Haynes), chirurgien du *Central London Ophthalmic Hospital*, à Londres.

* Windsor (J.), chirurgien au *Manchester Eye Hospital*, à Manchester.

* Yearsley, chirurgien au *Metropolitan Ear Infirmary,* à Londres.

Autriche.

* Arlt, professeur , à Vienne. (*Délégué par le Gouvernement.*)

Cappelletti, médecin, à Trieste.

* Gulz, médecin-oculiste, à Vienne. (*Délégué par le Gouvernement.*)

* Hasner von Artha, professeur d'ophthalmologie, à Prague.

* Jaeger (Ed.), id., à Vienne. (*Délégué par le Gouvernement.*)

* Jean Siegl, médecin en chef des hôpitaux militaires de Vienne. (*Délégué par le Gouvernement.*)

Piltz, médecin, à Prague.

* Stellwag von Carion, médecin militaire et professeur d'ophthalmologie à Vienne. (*Délégué par le Gouvernement.*)

Bade.

* Homburger, médecin, à Carlsruhe.

Bavière.

Fronmuller, médecin, à Fürth.
* Königshöfer, médecin militaire, à Aschaffenburg.
Muller (H.), professeur, à Würzbourg.
* Pauli, médecin à Landau. (*Délégué par le Gouvernement.*)
* Rothmund, médecin, à Munich. (*Délégué par le Gouvernement.*)
* Sprengler, médecin, à Augsbourg.

Belgique.

Ansiaux (N.), professeur à l'Université de Liége.
* Ansiaux (J.), id., directeur de l'Institut ophthalmique de Liége.
* Binard (Félix), médecin de garnison, à Mons.
* Binard (F.), médecin, à Charleroi.
Boens (H.), médecin, à Charleroi.
* Bonneels, fabricant d'instruments de chirurgie, à Bruxelles.
* Borlée, professeur à l'Université de Liége.
* Bosch (J.), chirurgien de l'Institut ophthalmique du Brabant.
* Bribosia, directeur de l'Institut ophthalmique de Namur.
* Burggraeve, professeur à l'Université de Gand.
Buys, médecin, à Bruxelles.
* Crocq, médecin, à Bruxelles.
* Decaisne, médecin de garnison, à Malines.
* Dechange, médecin de régiment, à Malines.
Decondé, médecin de garnison, à Liége.
* Delhaie, médecin de garnison, à Namur.
* Delvaux (P.), médecin, à Bruxelles.
* Delvigne, médecin, à Liége.
Detienne, médecin de bataillon, à Namur.
* Delstanche, médecin, à Bruxelles.
* De Moor, médecin, à Alost.
Devroye, médecin, à Namur.
* Denis, fabricant d'instruments de chirurgie, à Bruxelles.
* Deroubaix, chirurgien de l'hôpital St-Jean, à Bruxelles.
* Dieudonné, médecin, à Bruxelles.
* Didot, directeur de l'école vétérinaire, à Cureghem (Bruxelles.)
* Engelman, médecin, à Bruxelles.
* Fallot, médecin en chef honoraire de l'armée, président de l'Académie de médecine, à Bruxelles.
Fraeys, professeur à l'Université de Gand.
* Gluge, professeur à l'Université de Bruxelles.
Gouzée, médecin en chef de l'armée, à Anvers.
* Hairion, professeur à l'Université de Louvain.
* Hammelrath, directeur du Dispensaire ophthalmique, à Ypres.
Henrotay, médecin de régiment, à Bruxelles.

Koepl, chirurgien du Roi, à Bruxelles.
* Lados, professeur à l'Université de Gand.
* Lamberty, médecin, à Verviers.
* Laussedat, médecin, à Bruxelles.
* Levrat, médecin, à Bruxelles.
Limauge, médecin de bataillon, à Bruxelles.
Melsens, professeur de chimie, à Bruxelles.
* Merchie, médecin principal de l'armée, à Gand.
* Meynne, médecin de régiment, à Bruxelles.
* Niffle, médecin, à Thuin.
* Paul, médecin, à Namur.
* Petithan, médecin militaire, à Louvain.
* Pigeolet, professeur à l'Université de Bruxelles.
* Pontus, médecin de régiment, à Anvers.
Poupart, médecin, à Ypres.
Rieken, médecin du Roi, à Bruxelles.
* Rodenbach, membre de la Chambre des Représentants, à Bruxelles.
* Sauveur, membre de l'Académie de médecine, à Bruxelles.
* Schoenfeld (M.), médecin-oculiste, à Charleroi.
* Seutin, chirurgien de l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles.
* Soupart, professeur à l'Université de Gand.
Spring, professeur à l'Université de Liége.
* Thiry, professeur à l'Université de Bruxelles.
* Udekem (Jules d'), médecin, à Bruxelles.
* Van Biervliet, médecin, à Bruges.
Van Coetsem, médecin, à Gand.
Van Holsbeek, médecin, à Bruxelles.
Van Kempen, professeur à l'Université de Louvain.
* Van Roosbroeck, professeur à l'Université de Gand.
Van Weesemael, médecin, à Gand.
Vleminckx (J.-F.), inspecteur général du Service de santé de l'armée, à Bruxelles.
* Vleminckx (V.), médecin de bataillon, à Bruxelles.
* Warlomont (E.), rédacteur en chef des *Annales d'Oculistique*, à Bruxelles.
Wimmer, médecin du duc de Brabant, à Bruxelles.

Brésil.

Souza (de), médecin, à Rio-de-Janeiro.

Danemark.

* Bendz, médecin supérieur des gardes-du-corps de S. M., à Copenhague. (*Délégué par le Gouvernement.*)
Buntzen, chirurgien de l'hôpital Frédéric, à Copenhague.
Djorup, médecin principal de l'armée, à Copenhague.

* Esmarck, médecin de la Clinique ophthalmologique de Kiel.
* Gradman, médecin de régiment, à Altona. (*Délegué par le Gouvt.*)
Hansen, médecin, à Copenhague.
* Melchior, professeur, à Copenhague.
Nue, médecin militaire, à Nordingsborg.
* Thune, médecin principal, à Copenhague. (*Délégué par le Gouvt.*)

Égypte.

Ancona (Jacques d'), au Caire.

Espagne.

Carbasse, médecin, à Barcelone.
* Cervera, directeur du Dispensaire ophthalmique, à Madrid.
* Martin (J. Calvo Y), chirurgien de l'hôpital et professeur, à Madrid.
* Montaut (Manuel), médecin militaire et oculiste de la chambre de S. M. la Reine, à Madrid.

États-Romains.

Mazzoni, médecin, à Rome.
Neri, médecin, à Magnone.

États-Unis.

Gross, professeur de chirurgie au *Jefferson College*, à Philadelphie.
Hays (J.), chirurgien du *Wills Blind Hospital*, id.
Lazarus, médecin.
Littel, chirurgien en chef du *Wills Blind Hospital*, à Philadelphie.

France.

* Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze.
Blanchet, directeur de l'Institut des sourds-muets et aveugles, à Paris.
* Boissonneau, oculariste, à Paris.
* Boniver, médecin, à Langres.
Bonnafont, médecin militaire, à Paris.
* Caffe, médecin, à Paris.
Cathala, médecin, à Cette.
Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Lariboissière, à Paris.
Compérat, médecin, à Paris.
* Cusco, chirurgien en chef de la Salpêtrière, à Paris.
* Debout, rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique*, à Paris.
Dechambre, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*, à Paris.
* Desmarres, oculiste, à Paris.
Deval (Ch.), id.
Drouot, id.
* Dubois, directeur de l'Institut ophthalmique, à Bordeaux.
Dumont, médecin de l'hôpital des Quinze-Vingts, à Paris.
Duval (H.), médecin-oculiste, à Argentan.

FOLLIN, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
FURNARI, oculiste, à Paris.
GAILLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu de Poitiers.
* GROS, médecin-adjoint de l'hôpital de Boulogne-sur-Mer.
* GUÉPIN, oculiste, à Nantes.
GUÉRIN (J.), rédacteur en chef de la *Gazette médicale* de Paris.
JAMSON, médecin, à Paris.
LARREY (H.), médecin principal de l'armée, à Paris.
* LAVERAN, médecin principal, professeur à l'École impériale de médecine militaire, à Paris. (*Délégué par le Gouvernement.*)
* LEPORT, médecin-oculiste, à Rouen.
LEVY (Michel), président de l'Académie de médecine de Paris, etc. (*Délégué par le Gouvernement.*) (1)
* LUSTREMAN, chirurgien principal, professeur à l'École impériale de médecine militaire, à Paris. (*Délégué par le Gouvernement.*)
PAMARD, médecin, à Avignon.
PERSON, médecin, à Bar-le-Duc.
PÉTREQUIN, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, à Lyon.
* PICARD, médecin, à Paris.
RIVAUD-LANDRAU, médecin-oculiste, à Lyon.
ROUAULT, médecin-oculiste, à Rennes.
* SERRE, (d'Uzès), médecin, à Alais.
* SICHEL, médecin-oculiste, à Paris.
* STOEBER, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.
* TESTELIN (de Lille), médecin, à Bruxelles.
* VAUQUELIN, médecin-oculiste, à Paris.

Grèce.

* ANAGNOSTAKIS, professeur d'ophthalmologie à l'Université d'Athènes. (*Délégué par le Gouvernement.*)

Hambourg.

GERSON, médecin-oculiste, à Hambourg.
ROSS, médecin-oculiste, id.
RUBEN, médecin-oculiste, id.
SCHÖN, médecin, id.

Hanovre.

* BARTMER, médecin, à Hanovre.
FLÜGGE, médecin, id.
* LANGENBECK (Max.), id.
* MULLER (Ch.), id. (*Délégué par le Gouvernement.*)
* STROMEYER, médecin principal de l'armée, à Hanovre. (*Délégué par le gouvernement.*)

(1) M. Levy, délégué par le Gouvernement, s'est trouvé, par suite d'obstacles matériels, dans l'impossibilité d'accomplir sa mission.

* Stromeyer (E.), médecin de l'artillerie, à Hanovre. (*Délégué par le Gt.*)
* Vogelsang, médecin, à Hanovre. (*Délégué par le Gouvernement.*)

Hesse.

Groeser, conseiller intime de médecine, à Mayence.
* Hess, médecin, à Mayence.
* Kuchler, médecin, à Darmstadt.
* Platner, médecin militaire, à Cassel. (*Délégué par le Gouvt.*)
* Schotten (Loüis), médecin-oculiste, à Cassel.

Hollande.

* Bauduin, médecin de régiment, à Utrecht. (*Délégué par le Gouvt.*)
* Donders, professeur, à Utrecht. (*Délégué par le Gouvernement.*)
* Foke, médecin, à Zeyst, près d'Utrecht.
* Gobée (C.), médecin principal de l'armée, à Amsterdam. (*Délégué par le Gouvernement.*)
* Hoyack, médecin, à Amsterdam.
Ilcken, médecin, à Deventer.
Kerst, médecin en chef de l'armée, à la Haye.
Tilanus, médecin, à Amsterdam.
* Van Dommelen (G.-F.), médecin de régiment, à Nimègue. (*Délégué par le Gouvernement.*)

Lombardie.

Fario, médecin-oculiste, à Venise.
* Gioppi, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Padoue.
Marchetti, chirurgien de l'hôpital *Fate bene fratelli,* à Milan. (*Délégué par le Gouvernement.*) (1)
* Quaglino, chirurgien de l'hôpital *Fate bene sorelle,* à Milan.
* Vanzetti, professeur à l'Université de Padoue.

Naples.

* Gioja, médecin, à Naples.
* Olivieri, médecin, id.
* Palasciano, médecin, id.
* Quadri (A.), médecin, id. (*Délégué par le Gouvernement.*)
* Rossi, médecin à Naples.
* Samarelli, id.
* Sciuto, médecin, de Sicile.
* Tenore (F.), médecin, à Naples.
* Vincenzo Ingo, médecin, de Sicile.

Nassau.

* Alefeld, médecin militaire, à Wiesbaden. (*Délégué par le Gouvt.*)
* Pagenstecher, conseiller de la cour, à Wiesbaden.

(1) M. Marchetti, délégué, a été empêché par une maladie, d'assister au Congrès.

Parme.

* Ponti (Floriano), médecin-oculiste, à Parme.

Portugal.

* Marques (J.-A.), chirurgien de brigade, à Lisbonne. (*Délégué par le Gouvernement.*)

Prusse.

* Berend, conseiller et directeur de l'Institut orthopédique de Berlin.
Böhm, médecin-oculiste, à Berlin.
* Flohr, opticien, à Berlin.
* Graefe (A. Von), professeur d'ophthalmologie, à Berlin.
* Herschel, médecin-oculiste, à Cologne.
Juengken, chirurgien de l'hôpital de la Charité et professeur d'ophthalmologie, à Berlin.
Langenbeck, professeur de clinique chirurgicale, à Berlin.
* Loeffler, chirurgien-major au 12e régiment d'infanterie, à Francfort-sur-l'Oder. (*Délégué par le Gouvernement.*)
* Muller, chirurgien-major au régiment de dragons, à Berlin. (*Délégué par le Gouvernement.*)
Schauenburg, professeur, à Bonn.

Russie et Pologne.

* Adamowicz, médecin, professeur à Wilna.
* Borodine, médecin, à Saint-Pétersbourg. (*Délégué par le Gouvernement.*)
* Froebelius, médecin, à Saint-Pétersbourg. (*Délégué par le Gouvernement.*)
Heyfelder, professeur, à Saint-Pétersbourg.
* Janusciewicz, médecin, à Varsovie.
* Kabath (Jean de), médecin-oculiste particulier de S. M. l'Empereur de Russie, à Saint-Pétersbourg. (*Délégué par le Gouvernement.*)
* Matuschenkow, professeur-adjoint à l'Université de Moscou.
* Pélikan (E.), de Saint-Pétersbourg. (*Délégué par l'Académie médico-chirurgicale.*)
* Poznanski, médecin, à Wilna.
* Willebrand, médecin, de la Finlande.
* Zylynski (Thom.), de Lublin.

Sardaigne.

* Barrago, médecin, à Cagliari.
* Bima, médecin-divisionnaire de l'armée, à Turin. (*Délégué par le Gouvernement.*)
* Borelli, chirurgien et professeur de clinique à l'hôpital des SS.-Maurice-et-Lazare, à Turin. (*Délégué par l'Académie de médecine.*)

Paganini, médecin, à Turin.
Riberi, président du Conseil de santé des armées, etc., etc., à Turin.
* Riboli, médecin, à Turin.
* Rossi, médecin, id.
* Sperino, médecin du Syphilicôme et de l'hôpital ophthalmique de Turin. (*Délégué par le Gouvernement.*)

Saxe.

* Ammon (von), médecin de S. M. le Roi de Saxe, à Dresde.
Coccius, professeur d'ophthalmologie, à Leipzig.
De Richter, rédacteur en chef des *Schmidt's Jahrbücher*, à Leipzig.
* Gunther, médecin militaire, à Dresde. (*Délégué par le Gouvernement.*)
* Heymann, médecin-oculiste, à Dresde.
Ruete, professeur d'ophthalmologie, à Leipzig.
* Warnatz, conseiller et médecin de l'Institut des aveugles, à Dresde.

Suède et Norwege.

* Boeck, professeur, à Christiania.
Lundberg, chirurgien, à Stockholm.
* Rossander, chirurgien de l'hôpital des Séraphins, à Stockholm. (*Délégué par le Gouvernement.*)

Suisse.

Appia, médecin, à Genève.
* Baswitz, médecin, au Locle.
* Cornaz, médecin, rédacteur en chef de l'*Écho médical de la Suisse*, à Neufchâtel.
Hoppe, professeur, à Bâle.
* Horner, médecin, à Zurich.
* Von Muralt, médecin, à Zurich.

Turquie.

Hubsch (baron), médecin militaire, à Constantinople. (*Délégué par le Gouvernement.*) (1)

Venezuela.

Carron du Villards, inspecteur général honoraire du service de santé de l'armée mexicaine, à Caracas.
Delgado, docteur en médecine, de la Venezuela.
* Ortiz, médecin, à Caracas.

(1) M. Hübsch, délégué tardivement, n'a pu arriver à temps pour assister aux travaux du Congrès.

SPÉCIMEN DES SIGNATURES AUTOGRAPHIÉES

D'APRÈS LES LISTES DE PRÉSENCE

DE MM. LES MEMBRES QUI ONT ASSISTÉ AU CONGRÈS.

(Les signatures sont dans l'ordre des noms, précédés d'un astérisque, qui figurent sur la liste imprimée.)

W Bowman

Dr Hasner

James Dixon

D L. Gillott

Riegl

William John Little

Frederic Roberts

Dr Romberg

Jno Windsor

Dr Königshöfer

Fr Pauli

Arlt.

Dr Spengler

Dr Gulz

Jules Ansiaux

V. Renard

G. Lebrigne

L. Thiry

Dr Delstanche

L. Bommel

Dr Ch. J. De Mars.

J. Mollé

Chs Denis

Dr Joseph Bosch

Dr Moulaert

Dr Ribosia

Dr Dieudonné fils

Dr Burggraeve

Dieudonné

Dr Crocq

Engelmann

Delaine

Gallez

Ch. Hellhaut

Gluge

Dr Delhaye

Prosper Delvaux

Thuiver

Hammelrath Rodenbach

A. C. Ludovs

Dr Martin Schoenfeld

Lamberty

Dr Seutin

Louis Laussedat

Leonard

Lezerad

Dr [illegible]

Dr Michel

Opuler d'Medicin

[illegible] Meyer

D. van Roosbroeck

Le Dr Nifflet

Wauters

D Paul

[illegible] Van Wesemael

Dr Petithan

Vleminckx

Dr Pigeolet

Lomarlomont

[illegible] Monta

Beudy Debout

Dr Esmarch Desmarres

J H P Gradmann Dubois

Dr Melchior

Dr Thune Dr Gros

Dr Cervera Guépin

Calvo y Martin Alvarez

Dr Montaud Leport

L. A. Ancelon Dumesnil pr

Boissonneau Lustremau

C Bonwes D. M. V. Pc. Girard

Cattoz Ferre

Dr Cuny Le Sec Delle

V. Roeber

A Pertetin

Vouguelien

Zdroguwitsky

Bartez

Langenbeck

C Müller

Dr Stromeyer
Stromeier

Dr Vogelsang

W Hess

Dr Kuchler

Dr Platner

Dr L Cobolin

Dr Baumgarten

F C Donders

J C Fochen

Dr C Gobée

Klwoyasto

D Van Dommelen

J Gioppi

Dr Quaglino

Vanzetti

Louis Riojas

Ayres Oliveira

Pelasciano

Alexandre Quadri

Dom. Rossi

Dr Samorelli — d hyarpfpal
D Seb: Santo — Lassfler
Dr Cenore — Dr. Müller
Dr Vincent Ingo — Adamowicz
Dr Ellenfeld — Barodine
Pr Pagenstecher — Robelius
J Pauly — Jannsybeuser
J. A. Marques — Dr Kobatt
J. J. M. Beren — Mataschenno
Yflonv. — ElPenzey
Dr Graefe — J. Bennsl
Idis o. Wellebrani
Zylinski,

Barrago

Dr Burra

Dr Borelli

Dr Riboli

D Brosso

Sperino

Dr von Ammon.

Günther

Dr. Heymann

Dremata

J. Boeck

Carl J Rossander

Baswitz

Dr Comar

Dr Morner

Dr v. Muralt

Dr Ortiz

OUVERTURE DU CONGRÈS.

Séance publique du 13 septembre 1857.

A onze heures, M. Fallot, président de l'Académie de médecine de Belgique, prend place au fauteuil. A sa droite viennent s'asseoir MM. les docteurs Van Roosbroeck et Bosch, et à sa gauche MM. Warlomont et Hairion, tous membres du Comité d'organisation.

M. de Decker, Ministre de l'Intérieur, assiste à la séance.

Plus de cent soixante membres sont présents. Les places réservées et publiques sont toutes occupées ; la salle est comble.

M. Warlomont, Secrétaire Général. Messieurs, je vais avoir l'honneur de vous donner lecture de la liste de MM. les membres présents, tels qu'ils se sont répartis par sections. (Voir ces listes en tête des procès-verbaux des sections, aux *Annexes*.)

Nous avons à regretter l'absence de quelques confrères qui nous ont fait connaître les motifs qui les ont empêchés d'assister au Congrès :

M. *le baron Larrey*, médecin principal au Val-de-Grâce, ayant été désigné par l'Empereur pour l'accompagner au camp de Châlons, et par le Ministre de la Guerre pour y remplir les fonctions de chef du service de santé, exprime ses regrets de ne pouvoir assister au Congrès.

M. *Oettingen*, de Dorpat, tout en adhérant formellement au Congrès, annonce que des motifs de santé ne lui permettront pas de prendre part à ses travaux.

Même lettre de M. le docteur *Groeser*, conseiller intime de médecine, à Mayence.

M. le docteur *Kerst*, d'Utrecht, applaudit de tout son cœur au but que se propose le Congrès ; mais il regrette que des circonstances indépendantes de sa volonté l'empêchent d'y prendre part.

M. *Flarer*, de Pavie, est atteint d'une affection catarrhale grave qui l'empêche de voyager. Il adresse au Congrès, avec ses regrets, des témoignages de vive sympathie pour ses travaux.

M. *Michel Lévy*, d'abord désigné par le Gouvernement de l'Empereur pour représenter au Congrès le service de santé militaire français, s'est trouvé, par suite d'obstacles matériels, dans l'impossibilité d'accomplir cette mission. Si quelque considération peut diminuer la somme de regrets que l'absence de M. Lévy doit nous inspirer, c'est le choix heureux des deux médecins distingués que nous voyons parmi nous, et qui ont été désignés pour le remplacer.

M. *Jüngken* écrit de Toeplitz, où il fait une cure d'eaux thermales, que sa santé ne lui permet absolument pas de se déplacer. Il en exprime tous ses regrets.

M. *Marchetti*, de Milan, délégué par le Gouvernement de la Lombardie, nous fait savoir qu'il est dans l'impossibilité d'accomplir sa mission. Retenu au lit par une maladie grave, il adresse au Congrès, avec ses regrets, les vœux les plus sympathiques pour ses succès.

M. *White Cooper* écrit qu'il est retenu en Suisse par une maladie grave de sa femme. Il envoie au Congrès un manuscrit sur l'état de l'ophthalmologie en Angleterre.

M. *Rieken* nous fait savoir qu'il est appelé à Kreuznach, près de son fils, atteint de fièvre typhoïde. Si les circonstances le lui permettent, il reviendra avec empressement, ne fût-ce que pour assister à la dernière séance du Congrès.

M. *Henrotay* fait connaître que des circonstances, qu'il lui était impossible de prévoir, l'empêchent de prendre part aux travaux du Congrès.

Même lettre de M. *Drouot*, de Paris.

M. *Al. Rodenbach*, l'aveugle de Roulers, membre de la Chambre des Représentants, s'était fait inscrire pour assister aux travaux du Congrès. Il nous apprend qu'une indisposition le force à garder la chambre.

M. *Gouzée* s'excuse de ne pouvoir se rendre aux séances du Congrès.

Mêmes lettres de MM. *Compérat*, *Dumont*, *Bonnafont* et *Blanchet* (de Paris), *Melsens* (de Bruxelles), *Haynes Walton* (de Londres), *Carron du Villards* (de Caracas), *Nicolas Ansiaux* (de Liége), *Schauenburg* (de Bonn), *Cesare Paoli* (de Florence), *Coccius* et *Ruete* (de Leipzig) et *Tilanus* (d'Amsterdam).

La Société du Commerce et celle du Cercle artistique et littéraire de Bruxelles ont ouvert courtoisement leurs salons à MM. les membres du Congrès. Ceux-ci pourront les fréquenter sur la simple exhibition, pour la première, d'une carte d'entrée qu'ils peuvent prendre au Secrétariat; pour la seconde, de leur carte de membre du Congrès, qui leur permet également de visiter toutes les collections de l'Etat.

M. Fallot, président, se lève et prononce le discours suivant :

Messieurs,

C'est un spectacle non moins glorieux pour la science que consolant pour l'humanité que celui dont ces lieux sont témoins en ce jour.

Quand de toutes parts les intérêts matériels nous envahissent, nous débordent, nous étreignent; qu'il ne semble plus y avoir dans l'esprit humain d'énergie et d'activité que pour ce qui peut se chiffrer et se résoudre en espèces sonnantes, qu'il est beau de voir ici tant d'hommes éminents, de puissantes intelligences, de hautes renommées, qui, en dehors de toute vue personnelle, sans souci de lointains voyages, au mépris de coûteux sacrifices, de l'abandon d'une riche clientèle et des douceurs du foyer domestique, sont accourus sur un simple appel fait au nom de la science, appel qui, pour se faire entendre, n'avait aucune de ces voix qui retentissent au loin et forcent à l'obéissance, appel d'autant plus audacieux qu'il n'était justifié par aucun précédent!

A la vérité, les congrès ne sont pas rares; depuis longtemps l'utilité de cette forme d'association a été appréciée, et chaque année en voit se former de nouveaux. L'enceinte où nous sommes réunis en recevait un naguère et des plus nombreux. Mais alors il s'agissait d'intérêts généraux, de questions humanitaires dans lesquels l'avenir de la société était en quelque sorte engagé. Aussi toutes ses classes y fournissaient des éléments : tous les représentants de ses forces vives, le législateur, l'économiste, l'administrateur, l'industriel, le commerçant y tenaient des places. — Notre Congrès n'impose par aucun de ces titres, il ne mesure pas de semblables proportions, ne remue pas des intérêts aussi actuels, n'embrasse pas un horizon aussi vaste. Consacré exclusivement à l'art de guérir, et encore à une de ses spécialités les moins approfondies, il semblait ne devoir attirer qu'un petit nombre d'adhérents, et être condamné à périr dans un ridicule avortement.

Vous le savez, Messieurs, il est dans la destinée de toutes les idées nouvelles de rencontrer une vive opposition. Elles ont pour ennemis naturels ces hommes mo-

roses et envieux, hostiles à tout ce qu'ils n'ont pas conçu eux-mêmes ; ces caractères apathiques et routiniers, qu'effarouche tout ce qui sort du cercle de leurs habitudes ; enfin ces esprits sceptiques et frondeurs, pour qui le dévouement est un vain mot, le désintéressement une duperie et l'arme favorite le sarcasme.

Neuve ou simple application nouvelle d'une idée acceptée, la nôtre ne put échapper au sort commun : elle fut reçue avec beaucoup de défiance, et les sévères avertissements n'y manquèrent pas.

On nous disait : le champ livré à vos investigations est borné et aride, et loin de vous sont les mains habiles et puissantes dont la réunion vous serait nécessaire pour le faire valoir. Et comment l'obtenir cette réunion ? Il n'est pas de profession plus assujettissante que celle de médecin. Le médecin est, en quelque sorte, comme un serf attaché à la glèbe. Il ne s'appartient pas, il est à la société, à laquelle il doit le sacrifice de son temps, de ses goûts, de soi-même. Comment, après cela, en attendre de longues absences ? Comment espérer surtout d'en réunir un assez grand nombre pour constituer un congrès, et quelles seraient la signification, l'autorité d'un congrès privé de tout caractère d'universalité et ne reflétant que les rayons d'une seule école ? Vouloir en constituer un avec des éléments médicaux seuls est une utopie irréalisable, un projet qui conduit inévitablement à un échec. C'est ainsi que parlaient des hommes sérieux, pleins de bonnes intentions et experts dans la matière. Nous ne pouvions méconnaître ni la justesse de ces vues, ni la solidité de ces raisons, ni nous dissimuler la grandeur des obstacles qui se dressaient devant notre entreprise. Aussi quelquefois, et comme malgré nous, nous nous laissions aller au découragement, et n'eût-ce été une répugnance bien naturelle de revenir sur nos pas sans avoir sondé toutes les issues, et cette voix intérieure qui crie à tout homme, méditant une bonne

action, *fais ce que dois, advienne que pourra,* nous y aurions peut-être succombé.

Cependant, j'ai hâte de le dire, car il faut être juste avant tout, et la crainte de blesser la modestie d'un collègue ne doit pas m'empêcher de dire la vérité. L'honorable membre du Comité qui a bien voulu se charger des pénibles fonctions de Secrétaire général n'a jamais senti faiblir son courage, ni ébranler sa foi à notre avenir. Aucun travail ne l'a rebuté, il n'a reculé devant aucun obstacle, il n'a eu regret à aucun sacrifice, et c'est un beau jour pour lui que celui d'aujourd'hui, car il lui apporte un glorieux dédommagement. (*Applaudissements.*)

Mais à quoi auraient abouti ses efforts? que lui aurait servi sa persévérance, quels fruits aurait-il retirés de ses sacrifices sans votre généreux et noble appui, votre coopération active et loyale! Grâce à vous, Messieurs, tous les sombres présages dont on effrayait nos esprits ont été démentis, et les résultats de nos démarches ont dépassé, non-seulement notre attente, mais même notre espoir. Recevez-en nos vifs remercîments. Pourquoi les expressions de notre gratitude restent-elles si fort au-dessous du sentiment qui nous les inspire? ...

Représentants de la plus magnifique des sciences, du plus salutaire des arts, salut! Salut! infatigables travailleurs dans les champs de l'intelligence, incessamment fécondés et agrandis par vos travaux. Salut! cœurs nobles et généreux qui mettez votre gloire à être utiles et y trouvez la plus douce, la plus haute des récompenses!

Soyez les bienvenus parmi nous. La Belgique est heureuse de vous posséder; elle comprend que votre présence ajoute un fleuron nouveau à la couronne d'hospitalité et de libéralisme que d'autres associations internationales lui ont déjà décernée. (*Applaudissements.*)

Grâces soient rendues à M. le Ministre de l'Intérieur, cet homme non moins distingué par l'élévation de son

esprit que par la droiture de son caractère, pour l'extrême bienveillance avec laquelle il a accueilli tout d'abord notre idée, et les ressources qu'il a mises à notre disposition pour nous aider à la réaliser. (*Applaudissements.*)

Que messieurs les membres du corps diplomatique, qui nous font l'honneur d'assister à cette séance, veuillent bien agréer l'expression de notre gratitude pour leur bienveillance à notre endroit, et transmettre à leurs gouvernements respectifs le tribut de notre reconnaissance pour leur honorable sympathie, dont la présence parmi nous de tant d'hommes éminents, pourvus d'une délégation de leur part, est un irrécusable témoignage.

Que les Académies, qui ont bien voulu nous abandonner généreusement la salle de leurs séances, et en particulier l'Académie de médecine qui nous a cédé avec le plus gracieux empressement la jouissance de tous ses locaux, reçoivent ici l'expression de notre reconnaissance.

Le Comité prie les organes de la presse tant du pays que de l'étranger d'agréer ses remercîments pour lui avoir ouvert leurs colonnes avec tant de désintéressement et fourni les moyens de répandre partout l'annonce du Congrès.

Reconnaissance enfin à tous ceux qui, par leur sympathique concours, ont aidé à l'accomplissement de notre œuvre.

Le programme de nos travaux, que vous avez sous les yeux, me dispense de vous parler du but pour lequel nous sommes réunis, et des questions sur lesquelles vous êtes appelés à délibérer.

La science ne nous demande pas de décisions doctrinales : progressive de sa nature, elle ne se courbe pas devant de semblables arrêts. Ce qu'elle attend de nous, ce sont des discussions franches, approfondies, où toutes les opinions se produisent loyalement. Si quelquefois elles sont de nature à donner lieu à des conclusions, que celles-ci soient fortement motivées, et surtout directement

applicables à l'art. En médecine, comme en politique, toute discussion sans but pratique est oiseuse et frivole.

Abordons maintenant notre tâche résolument, et mettant nos efforts en commun, dirigeons-les de manière à faire porter à notre Congrès tous les fruits qu'il est destiné à produire : que son influence soit bienfaisante; qu'elle s'étende au loin et lui concilie en tous lieux des sentiments d'estime et de reconnaissance.

Le sol que vous foulez est celui de la liberté, l'air qui vous entoure est chargé de son parfum, les murs où vous délibérez sont habitués à en entendre les accents. Ici, tout vous crie que les opinions consciencieuses sont sacrées, qu'aucune entrave n'est mise à la manifestation pleine et illimitée de la pensée.

Le terrain de nos discussions est celui de la plus parfaite égalité. Devant la science, comme devant la loi, tous les hommes sont égaux. S'il y est une autorité devant laquelle on s'incline, c'est celle des faits, éclairée par la raison. Un nom n'y a de valeur qu'autant qu'il la puise à cette source.

Partout où les hommes s'unissent en vue du progrès, ils sont frères. Que deviennent ces barrières imaginaires élevées entre eux par la différence des nationalités, la diversité des idiômes, le dissentiment des opinions et des doctrines, en présence de la cause sainte de la science et de l'humanité.

Messieurs, le drapeau déployé sur nos têtes porte donc cette devise : *Liberté! Égalité! Fraternité!* Cette fois, j'ose en répondre, elle ne sera pas un mensonge.

Ce discours est accueilli par de vifs applaudissements.

M. le Président. Je déclare la séance du Congrès d'ophthalmologie ouverte.

Le premier objet à l'ordre du jour est la constitution du bureau définitif.

M. Quadri (Naples). Au nom de plusieurs de mes collègues, je prends la liberté de faire remarquer que la nomination d'un autre bu-

reau n'aurait pour résultat que d'entraîner une perte de temps, car nous ne pouvons mieux choisir que le bureau provisoire. (*Acclamations.*)

M. le Président. Messieurs, quoique je comprenne parfaitement que les fonctions auxquelles votre bienveillance m'appelle auraient été mieux remplies par un autre, je les accepte (*applaudissements*) : d'abord, parce que j'y vois un témoignage marqué d'estime, de sympathie et d'approbation pour le Comité organisateur du Congrès ; ensuite, parce qu'avec des hommes animés tous d'un même esprit, réunis pour un même but, en dehors de toute préoccupation personnelle, et dans la seule vue de servir la cause de la science, les fonctions de président me semblent ne pouvoir être difficiles ; enfin, parce que mon refus entraînerait une perte de temps et que nos moments sont précieux. Je me borne donc à vous remercier de l'honneur que vous voulez bien me faire, et à réclamer votre bienveillant concours, et, pour autant que de besoin, votre indulgence.

Le Comité est profondément touché de votre marque de confiance ; il cherchera par ses efforts à la justifier. (*Applaudissements.*)

Je déclare le Congrès ophthalmologique de Bruxelles institué.

M. le Secrétaire général va vous faire connaître les membres du Congrès que nous prenons la confiance de vous proposer comme vice-présidents.

M. Warlomont, Secrétaire général. Voici, Messieurs, les noms de ces membres :

Pour l'Angleterre, M. *James Dixon ;* l'Autriche, M. *Arlt ;* le Danemarck, M. *Melchior ;* la France, M. *Sichel ;* le Hanovre, M. *Stromeyer ;* l'Italie, M. *Sperino ;* les Pays-Bas, M. *Donders ;* la Péninsule, M. *Marques ;* la Prusse, M. *Von Graefe ;* la Russie, M. *J. De Kabath ;* la Saxe, M. *Von Ammon.*

Ces différents noms sont accueillis par des applaudissements.

M. le Président. Je prie ces messieurs de venir prendre place au bureau.

Messieurs les vice-présidents montent au bureau.

M. le Président. Messieurs, le bureau définitif étant constitué, je pense aller au-devant des vœux de vous tous en priant M. le Ministre de l'Intérieur de vouloir bien accepter la présidence d'honneur. L'extrême bienveillance qu'il a témoignée au Congrès me fait espérer qu'il ne nous refusera pas ce que nous lui demandons avec instance. (*Vifs applaudissements.*)

M. de Decker, Ministre de l'Intérieur, monte au bureau, prend place à la droite de M. le Président, et s'exprime en ces termes :

« Messieurs,

Permettez-moi de vous remercier en quelques mots du témoignage d'estime que vous venez de me donner avec tant

de bienveillance, en m'appelant à la dignité de président d'honneur du Congrès d'ophthalmologie, que votre Commission directrice a su organiser avec un dévouement si éclairé, et que votre honorable président vient d'inaugurer avec les accents d'une éloquence si profondément sentie.

J'avoue humblement que je ne possède aucun titre personnel à cette haute distinction. Mais je l'accepte, je crois devoir l'accepter au nom du gouvernement belge, afin de vous prouver tout l'intérêt que lui inspirent les travaux d'un Congrès où brille l'élite des représentants de cette science spéciale, objet de la plus vive sollicitude des États, objet des bénédictions reconnaissantes des familles. (*Bravo!*)

Messieurs, ce n'est pas dans notre Belgique, terre classique des congrès, qu'il est nécessaire d'insister encore sur l'utilité de ces savantes réunions, qui, au milieu des préoccupations matérielles de notre époque, tendent à assurer les droits de la pensée humaine et viennent consacrer périodiquement l'empire légitime de l'intelligence. (*Applaudissements.*)

Soyez donc les bienvenus, savants distingués, professeurs éminents, qui, par votre parole et par vos écrits, savez contribuer si puissamment, dans tous les pays du monde, à imprimer à la civilisation cette direction généreuse et élevée qui fera dans l'histoire l'éternel honneur de notre siècle. (*Nouveaux et vifs applaudissements.*)

Soyez les bienvenus, vous qui êtes délégués dans cette enceinte par tant de gouvernements amis, attentifs à épier les moindres progrès de la science et impatients de les réaliser dans l'intérêt des peuples dont la Providence leur confia les destinées. (*Très-bien! très-bien!*)

Soyez les bienvenus, au nom de cette nation hospitalière et libre dont j'ai l'honneur d'être l'organe devant vous, au nom de cette Belgique qui, après avoir été pendant des siècles le théâtre des guerres qui ont ensanglanté l'Europe, est fière d'être choisie, cette année encore, pour

être une arène ouverte à ces luttes pacifiques qui ont pour but le développement de la science et le bien-être de l'humanité.

Ce discours est accueilli par les applaudissements unanimes et répétés de l'assemblée.

M. le Président. Afin de faciliter la constitution des sections, le bureau demande à pouvoir indiquer leurs bureaux provisoires.

M. Warlomont, secrétaire général. Nous vous proposons, à cet effet :

1re *section :* président, M. Hairion ; secrétaire, M. Binard.

2e *section :* président, M. Van Roosbroeck ; secrétaire, M. Crocq.

3e *section :* président, M. Bosch ; secrétaire, M. Testelin.

M. le Président. L'ordre du jour de la séance d'ouverture est épuisé. Le Congrès se réunira en comité général à une heure.

La séance publique est levée à midi.

COMITÉ GÉNÉRAL.

SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE.

La séance est ouverte à une heure.

M. le Président. Messieurs, il a été fait hommage au Congrès de divers travaux tant manuscrits qu'imprimés. Ces travaux peuvent se diviser en trois catégories. Il y a d'abord ceux dont il sera fait mention dans le Compte-Rendu de nos travaux, avec les remercîments que nous adresserons aux auteurs. Il y a, en second lieu, les travaux dont les auteurs ont demandé qu'ils fussent l'objet d'un examen de la part du Congrès. Ces communications se rapportent à deux ordres de questions : celles qui doivent être, dans la session actuelle, soumises au Congrès, et celles qui devront être renvoyées à des sessions ultérieures. Quant aux travaux se rapportant à l'ordre du jour de la session actuelle, nous proposerons de les renvoyer aux sections qu'ils concernent. Pour les autres, nous demanderons qu'il en soit donné lecture si le temps le permet, ou, sinon, qu'ils soient insérés textuellement dans le Compte-Rendu de nos séances.

Nous allons, Messieurs, vous faire entendre quelques-unes des communications relatives à l'état de l'ophthalmologie dans les différents pays. Ce sera une espèce de statistique de l'ophthalmie, non pas seulement de l'ophthalmie militaire, mais de l'ophthalmie en général. Si le temps le permet, le bureau proposera d'entendre une ou deux de ces lectures au commencement de chaque séance.

Je prierai M. Cervera de nous faire connaître l'étude qu'il a faite sur l'état de l'ophthalmologie en Espagne.

M. Cervera (Espagne) donne lecture de ce travail, qui est inséré aux *Annexes*. (*V*. à la table, au mot *Cervera*.)

M. le Président. Nous remercions M. Cervera de sa communication. (*Applaudissements*.)

La parole est à M. Anagnostakis, pour faire connaître l'état de l'ophthalmologie en Grèce et en Égypte.

M. Anagnostakis (Grèce) commence la lecture d'une communication qu'il continuera dans la séance de demain, et qui est plusieurs fois interrompue par les applaudissements de l'assemblée. (*V*. aux *Annexes* et au mot *Anagnostakis* de la table.)

M. le Président. Nous allons lever le Comité général pour nous réunir en sections. Au nombre des questions soumises au Congrès, il en est une surtout que, par son universalité, on pourrait appeler européenne et politique, car elle n'intéresse pas moins les gouvernements

que les peuples : vous comprenez que je veux parler de l'ophthalmie des armées. La solution de cette question est attendue avec une vive impatience, avec une grande anxiété. Nous vous prions, Messieurs, de vouloir vous en occuper et de tâcher de vous entendre, afin que nous puissions arriver à une solution pratique avant de nous séparer.

La séance est levée à 2 heures.

Demain, comité général à une heure.

SÉANCE DU 14 SEPTEMBRE.

La séance est ouverte à une heure.

MM. Rodenbach et Devaux, membres de la Chambre des Représentants, assistent à la séance.

M. Warlomont, Secrétaire général, donne lecture du procès-verbal de la séance précédente; la rédaction en est approuvée.

Il fait connaître à l'assemblée que M. le docteur Van Dommelen (Hollande) a déposé, de la part de M. Kerst, pour être présentés au Congrès, divers instruments très ingénieux dont ce dernier est l'inventeur, et qui resteront sur le bureau pendant toute la durée de la session. Ce sont : une pince pour renverser les paupières; un fixateur de l'œil et un ophthalmostat. — Des remercîments seront adressés à M. Kerst.

MM. Paetz et Flohr, de Berlin, et Bonneels, de Bruxelles, exposeront, dans l'antichambre de la 2e section, les premiers, divers ophthalmoscopes, le deuxième, des instruments de chirurgie oculaire.

M. Anagnostakis continue la lecture de sa communication sur l'état de l'ophthalmologie en Grèce et en Égypte. (*V.* aux *Annexes*.)

Cette communication est accueillie par les plus vifs applaudissements.

La parole est à M. Melchior.

M. Melchior (Danemark) donne lecture d'un mémoire sur l'état de l'ophthalmologie en Danemark. (V. aux *Annexes*, au mot *Melchior* de la table.) (*Applaudissements.*)

M. le Président. Messieurs, nous n'avons pas cru nécessaire de faire discuter le règlement, parce qu'il nous semblait que vous l'approuviez implicitement en maintenant comme définitif le bureau provisoire ; mais nous croyons devoir vous proposer d'y ajouter la disposition suivante :

« On ne mettra en discussion aucune proposition, ni aucun amen-
« dement qui ne soient écrits, signés et déposés entre les mains du
« président. »

Cette proposition est adoptée.

M. le Président. Messieurs, en m'appelant à l'honneur de vous présider, vous m'avez imposé des devoirs que je saurai, je l'espère, accomplir, et conféré des droits que je chercherai à faire respecter, parce que, en définitive, ils émanent de vous. Au nombre des premiers se trouve celui d'assurer à nos travaux de la régularité et de la promptitude, en évitant, toutefois, toute précipitation. A cet effet, je dois veiller à ce que les discours se renferment dans l'étendue de temps fixée par le règlement et les limites exactes de la question en discussion. Mais aussi longtemps que les orateurs n'excèdent ni les unes ni les autres, je dois leur maintenir la parole et ne pas permettre qu'ils soient interrompus. Je ferai exécuter scrupuleusement ces dispositions, quelles que soient la qualité et les opinions des orateurs.

Je compte sur votre concours pour me rendre cette tâche facile.

Notre temps est court, très court; nos moments sont précieux, l'attente du public est impatiente. Abstenons-nous de toute vaine discussion, quelque intéressante qu'elle paraisse d'ailleurs, et ne faisons de théorie que pour autant qu'il sera nécessaire pour en justifier l'application.

Je prie MM. les secrétaires sectionnels de prendre place au bureau pour assister le secrétaire général dans la tenue du plumitif de la séance.

(MM. les secrétaires sectionnels montent au bureau.)

M. le Président. Il a été déposé deux rapports, celui de la 1re et celui de la 2e section. La parole est à M. Binard, rapporteur de la 1re section, pour les séances du 13 et du 14 septembre.

M. Binard. Messieurs,

La 1re section a entamé hier et a continué ce matin la discussion du travail préparé par le Comité d'organisation. Je vais avoir l'honneur de vous faire connaître très succinctement le résultat de ses délibérations. Le Congrès voudra bien comprendre que, n'ayant eu que quelques instants à ma disposition pour les résumer, je n'ai pu lui présenter un travail aussi complet que je l'eusse désiré et que le comportait l'intérêt du sujet. Je renverrai d'ailleurs pour les détails au procès-verbal des séances des sections. (*V.* aux *Annexes.*)

M. le président de la section a ouvert la séance par quelques mots d'allocution où il prie messieurs les membres de vouloir bien le seconder pour faire suivre aux travaux une marche régulière; d'éviter soigneusement toutes les digressions qui pourraient faire perdre à la section un temps précieux; de faire, en un mot, que les discussions aboutissent le plus facilement et le plus promptement possible au but pratique que chaque section doit avoir en vue d'atteindre.

Un membre ayant exprimé l'intention de donner lecture d'un mé-

moire sur l'ophthalmie militaire en Prusse, il lui a été représenté que, la lecture des documents écrits devant entraîner une grande perte de temps, il serait préférable que ces travaux fussent déposés sur le bureau, pour être insérés au Compte-Rendu, sauf aux auteurs à s'en servir, dans le cours de la discussion, pour faire lecture de certains passages susceptibles d'éclairer la question.

Un autre membre croit qu'il faudrait adopter pour la discussion un autre ordre que celui indiqué par le Comité; il trouverait plus rationnel que l'on commençât par l'étiologie de l'ophthalmie militaire. Sur l'observation d'un membre, que le Comité a dû avoir ses raisons pour adopter l'ordre indiqué par lui, et qu'on courrait risque de se fourvoyer en s'en écartant sans en avoir constaté la nécessité, il n'est pas donné suite à cette proposition.

La discussion est ensuite ouverte sur le § 1er, chap. A, du titre Ier, de la première question (*V.* p. 5.) Après de longues délibérations auxquelles un grand nombre d'orateurs ont pris part, ce paragraphe a été adopté avec suppression de la phrase : « Ce mode de transmission de « la maladie, assez commun à l'époque où elle régnait à l'état aigu, « est rare aujourd'hui. »

La section passe ensuite au § 2 du même chapitre. Après une longue discussion et la présentation de plusieurs amendements, ce paragraphe est adopté avec suppression de la seconde moitié de l'alinéa commençant par les mots : « Cependant la science possède...» (lig. 22) et finissant par ceux-ci « à l'extirpation de la maladie. » (lig. 25).

Le second alinéa du même § 2 n'a pas été maintenu : il a été remplacé par la rédaction suivante, proposée par MM. Lustreman et Laveran : « L'encombrement des locaux et l'aération insuffisante favorisent le « développement de foyers d'infection au milieu desquels les sujets « jeunes, les personnes inaccoutumées, les nouvelles recrues viennent « puiser le germe de l'ophthalmie contagieuse.

« Les foyers d'infection aggravent la maladie lorsqu'elle est dévé- « loppée et lui donnent une durée plus longue. »

Après ces décisions prises, le chap. B (p. 5) est ouvert à la discussion. M. le président de la section, pour éviter des débats qui, quoique fort intéressants sans doute, n'auraient pas un but d'utilité pratique, et pour hâter les travaux de la section, dont la tâche est encore bien longue à accomplir, a proposé l'amendement suivant, destiné à remplacer tout le chap. B en délibération :

« Quelle que soit l'idée que l'on se fasse de la nature des granula- « tions, leur présence excite le plus souvent dans la conjonctive un « travail d'inflammation avec sécrétion muco-purulente, d'où s'élèvent « des émanations qui constituent la cause principale des granulations « dites *militaires*. »

Cette proposition a donné lieu à de vifs débats, portant surtout sur

la valeur qu'il faut attribuer aux différentes espèces de granulations, en tant que facteurs de la contagion. Nous renvoyons au procès-verbal de la séance (V. *Annexes*) pour les détails de ces intéressants débats, qui se terminent par l'adoption de l'amendement, avec cette modification, qu'au lieu des mots : « la cause principale » on a adopté ceux-ci : « une des causes du développement. »

Le chap. C, page 8, est mis ensuite en discussion. Il est adopté à l'unanimité, après communication des vues particulières de quelques membres sur l'efficacité de certains modes de traitement.

La séance est levée à midi.

(*V.* le procès-verbal de ces deux séances aux *Annexes.*)

La discussion est ouverte sur ce rapport.

Les propositions de la section, relatives au chap. A (p. 5), et l'amendement de MM. Laveran et Lustreman sont successivement mis aux voix et adoptés.

M. le Président. Pour ce qui est du chap. B, la section demande de remplacer la solution qu'a proposée le Comité d'organisation par le paragraphe suivant :

« Quelle que soit l'idée qu'on se fasse des granulations palpébrales, « leur présence excite le plus souvent dans la conjonctive un travail « d'inflammation avec sécrétion muco-purulente, d'où s'élèvent des « émanations qui constituent une des causes du développement des « granulations dites *militaires*. »

M. Thiry (Belgique). Messieurs, si nous continuons à procéder ainsi, nous n'aurons aucune discussion. (*Interruptions.*) Le travail des sections est un travail d'intérieur, et il importe qu'il soit soumis aux délibérations du Congrès tout entier. Je sais bien qu'on ne tranche pas les questions scientifiques par des votes ; je sais bien que la plupart d'entre nous retourneront chez eux avec les opinions qu'ils avaient en arrivant, mais il importe que chacun puisse défendre sa manière de voir.

Dans le paragraphe proposé par la section, il est dit que la matière exsudée par la conjonctive dégage une émanation contagieuse qui est un moyen de transmission de la maladie. Eh bien, Messieurs, si nous sanctionnons cela, nous sanctionnons une hypothèse. Cela ne me semble appuyé sur aucun fait positif. Je demande aux auteurs de l'amendement sur quel point fixe, matériel, palpable, ils peuvent s'étayer pour émettre cette opinion.

Si nous continuons à procéder ainsi, nous arriverons à ne pas avoir de discussion en comité général.

M. Warlomont. Les sections ont travaillé et discuté, et si nous reprenons ici ces mêmes discussions, il nous sera de toute impossibilité d'épuiser notre progamme.

M. Thiry. Mais le travail des sections est un travail d'intérieur, auquel doit participer tout le Congrès. Si vous voulez que la vérité surgisse, il faut que chacun de nous, il faut que les savants étrangers accourus à votre appel viennent ici émettre leurs idées.

Je ne veux pas entrer dans le fond de la discussion, mais je vois qu'on va mettre aux voix un paragraphe qui n'est qu'une hypothèse. On dit : La matière qui est exsudée par la conjonctive dans l'ophthalmie granuleuse dégage une émanation contagieuse qui est un moyen de propagation...

M. le Président. Ce ne sont pas les expressions exactes. Veuillez relire la proposition de la section.

M. Thiry. Eh bien ! c'est précisément ce que je disais. Ainsi, d'après la section, il s'élève des émanations de ces sécrétions muco-purulentes produites par la conjonctive, en supposant que cette conjonctive soit bien le siége des granulations contagieuses. Mais si nous sanctionnons cela, nous posons un axiome qui n'est nullement démontré. Nous n'avons pas de faits. Je demande à l'auteur ou aux auteurs de l'amendement de bien vouloir nous dire sur quel fait matériel, palpable, ils ont pu s'appuyer pour émettre ce jugement.

Messieurs, ne nous laissons pas séduire par des hypothèses, par des idées. Tous, nous avons traité des malades atteints d'affections de ce genre ; nous avons eu nos yeux en face d'yeux atteints des affections de la conjonctive les plus violentes que l'on puisse voir ; nous avons vu des infirmiers soigner constamment les ophthalmiques dans les hôpitaux, et cela impunément.

Je le repète donc, il ne faut pas se borner à une simple affirmation ; on doit nous apporter les raisons sur lesquelles on s'appuie, on doit nous donner des démonstrations. Il faut, en un mot, que la question soit élucidée avant que le Congrès puisse se prononcer.

M. Crocq (Belgique). Si j'ai bien compris, la section propose de supprimer tout le chap. B, proposé par le Comité; je crois que cette suppression serait chose trop grave pour qu'elle pùt avoir lieu sans quelques explications. En effet, le chapitre B avait pour but de poser des principes sur la nature des granulations. Je n'adopte pas les principes qui y sont posés ; mais je dis que, sous une forme ou sous une autre, il doit exister.

En effet, que lisons-nous : « Existe-il une formule de traitement « dont l'expérience ait sanctionné la supériorité dans le traitement de « l'ophthalmie militaire? » Et plus bas : « Dans les granulations pal- « pébrales, le traitement se compose de l'emploi d'agents caustiques « ou résolutifs. » Mais avant de conseiller ainsi un traitement consistant en agents caustiques ou résolutifs, il n'est pas inutile de savoir à quelles espèces de lésions on doit opposer ces agents. Il ne suffit pas de dire que sous le nom de granulations on confond les choses les

plus diverses ; il faut spécifier, parmi ces choses diverses, celles auxquelles on doit opposer les agents caustiques ou résolutifs.

Je crois donc qu'il y aurait danger à supprimer purement et simplement la proposition du Comité pour la remplacer par le paragraphe dubitatif que l'on propose.

Je vais par quelques faits rendre ma pensée plus claire : — Il y a des saillies que l'on rencontre souvent à la surface des conjonctives palpébrales et qui ne sont produites par aucune espèce d'ophthalmie. Ainsi, chez de jeunes enfants, qui ne se plaignent pas de mal aux yeux, vous voyez qu'il existe sur la conjonctive des saillies, de véritables granulations. Pouvez-vous les ranger parmi ces granulations qu'il faut traiter par les agents caustiques? Mais si vous cautérisez, vous développerez une inflammation qui n'existait pas.

Je dis donc qu'il faut définir ce qu'on entend ici par granulations, et ne pas émettre un principe général.

Je vais, à cette occasion, jeter un coup d'œil sur les différentes altérations qui sont énoncées au chap. B.

M. le Président. Vous vous écartez de la question.

M. Crocq. Pardon, je parle pour le maintien du chap. B, ou tout au moins d'un paragraphe qui émette une pensée analogue, c'est-à-dire qui définisse les granulations, dans lequel on dise aux praticiens : voilà les cas où il faut appliquer la thérapeutique que nous conseillons.

M. le Président. On a demandé la suppression du paragraphe, vous en demandez le maintien ?

M. Crocq. Oui ; bien entendu avec des modifications.

M. le Président. La suppression étant demandée, si la majorité se prononce pour cette suppression, toute discussion est inutile. Si, au contraire, le Congrès décide que le travail proposé par le Comité d'organisation sera maintenu, vos observations viendront à leur place.

M. Crocq. Je crois qu'avant que le Congrès vote la suppression du paragraphe, il faut l'éclairer sur sa portée. C'est dans ce but que j'ai demandé la parole.

M. le Président. La question est aussi nette que possible. On demande la suppression du paragraphe, et l'on ne peut discuter sur le paragraphe qu'autant que la suppression en soit rejetée. Toute autre manière de procéder conduirait à la confusion. Je crois que le mieux serait que le Congrès se prononçât d'abord sur la question de savoir si le paragraphe sera supprimé ou non.

M. Testelin (France). Je voulais réfuter les observations de ces messieurs, mais comme ils n'ont pas encore pu les produire, il me serait assez difficile de leur répondre. Il me semble qu'ils sont dans leur droit. Je suis cependant de l'avis de la section ; je pense qu'elle

ne pouvait pas faire chose plus sage que de demander la suppression du paragraphe. Ces messieurs étant d'un avis opposé, il est, ce me semble, de toute justice qu'ils exposent les raisons qui leur font demander le maintien du paragraphe.

M. Didot (Belgique). J'appuie de toutes mes forces la demande de M. Thiry et de M. Crocq. Avant de parler des granulations, il faut savoir ce que c'est qu'une granulation. Il importe que, dans un document authentique, officiel, émanant d'un Congrès d'ophthalmologie, la granulation soit définie, attendu que dans l'état actuel des choses, cette expression donne lieu à mille interprétations. Je demanderai donc à l'honorable président si, dans l'amendement proposé en remplacement du paragraphe primitif, il existe quelque formule qui définisse les granulations. S'il n'en existe pas, je demande le maintien du paragraphe primitif, amendé si on le juge convenable. Mais je crois qu'il importe que le Congrès, avant de dire que les granulations doivent être traitées de telle ou de telle façon, s'entende, si cela est possible, sur les lésions auxquelles ce mot de granulations est applicable.

M. le Président. Mon intention n'est pas d'étrangler la discussion ; mais il me semble que le Congrès sait maintenant parfaitement sur quoi il va voter. Ces messieurs demandent le maintien du paragraphe pour qu'on discute ce que c'est que les granulations. La section a cru qu'il n'y avait pas lieu de discuter cette question. Je vous demanderai si vous partagez la manière de voir de ces messieurs ou celle de la section.

M. Thiry (Belgique). Je pense que la question ne doit pas être posée ainsi, mais qu'il faut demander à l'honorable assemblée si elle entend continuer la discussion ou si elle veut la clore. Si la clôture est prononcée, on votera pour la suppression ou le maintien du paragraphe. Ainsi, selon moi, la première question à poser est celle-ci : Le Congrès entend-il qu'il y ait une discussion au sujet des granulations? Et je crois qu'il serait utile que le Congrès décidât affirmativement cette question.

M. Hairion (Belgique). J'ai quelques mots à répondre à M. Thiry. Nous avons passé trois heures hier à discuter cette question. Aujourd'hui encore, la discussion menace de se prolonger, et nous arriverons à la fin de cette séance sans avoir pris aucune décision. D'un autre côté, il est certain que la plupart des membres, je dirai même tous les membres qui ont pris la parole et qui ont donné leur opinion sur la nature des granulations, ont émis des avis différents, et cependant tous sont d'accord sur une chose : c'est que les granulations réclament le même traitement. Ainsi, dans notre armée, il n'est peut-être pas deux médecins qui se rencontrent au sujet de la nature des granulations, et cependant le traitement est le même, il est appliqué partout de la même manière.

La discussion sur la nature des granulations me paraissait donc devoir nous demander un temps extrêmement long, nous menacer de

prolonger indéfiniment le débat, et, par conséquent, de ne pas nous permettre d'atteindre le but pour lequel nous sommes réunis. Ce but, vous le connaissez, c'est d'établir les bases du traitement et la prophylaxie de l'ophthalmie de l'armée. J'ai donc proposé en section de supprimer le chapitre B, de le remplacer par une autre disposition, et cette proposition a été adoptée à l'unanimité ou à peu près.

M. le Président. Je crois que la question est suffisamment éclairée.

M. Thiry. Il me resterait quelques mots à dire.

M. le Président. Vous avez eu deux fois la parole. Le Congrès sait parfaitement sur quoi il se prononce. Je lui demande donc s'il approuve la proposition faite par la section, de retrancher le chapitre B et de le remplacer par la rédaction qu'elle a formulée.

M. Sichel. Messieurs, je demande que la question soit divisée; qu'on vote d'abord sur la suppression du paragraphe et ensuite sur la rédaction que la section propose d'y substituer.

La suppression du paragraphe est mise aux voix et prononcée.

M. le Président. Il s'agit maintenant du paragraphe proposé par la section.

M. Crocq. Messieurs, il m'est, en conscience, impossible de voter ce paragraphe, parce qu'il n'y a que certaines lésions anatomiques qui puissent constituer les granulations; je demande qu'on supprime le chapitre de la section et qu'on ne dise rien des granulations.

M. Hairion. Remarquez, Messieurs, qu'il s'agit uniquement ici de l'ophthalmie de l'armée, par conséquent des granulations qui se rencontrent chez les militaires. Il n'est pas question des granulations qui se présentent dans les populations civiles.

M. Thiry. En réponse à cette observation, je demanderai depuis quand on considère l'habit que porte le malade comme pouvant influer sur la nature de la maladie. Le nom d'*ophthalmie militaire* est une chose fâcheuse, car il est cause qu'on n'a pas voulu étudier la question sous son véritable aspect. Les ophthalmies sont chez les militaires ce qu'elles sont chez les autres individus.

Je regrette, Messieurs, qu'on n'ait pas examiné la question des granulations; mais, puisqu'il en est ainsi, je demande, comme conséquence logique, qu'on efface tout ce qui se rapporte aux granulations, c'est-à-dire qu'on supprime le chapitre proposé par la section.

M. Hairion. Messieurs, j'ai parlé de l'ophthalmie contagieuse dite *militaire*, et je pensais que tout le monde comprenait quelle affection j'avais en vue. Cette affection ne règne pas seulement dans l'armée, elle règne aussi dans les autres classes de la société.

La rédaction proposée par la 1re section est mise aux voix et adoptée.

M. le Président. Nous passons au chapitre C. — « Est-il une formule de traitement dont l'expérience ait sanctionné la supériorité « dans le traitement de l'ophthalmie militaire? »

La section, à l'unanimité, a adopté sans modification la solution proposée par le Comité. (*V.* p. 8.)

Cette solution est mise aux voix et adoptée sans discussion.

M. LE PRÉSIDENT. Nous nous occuperons demain de la partie pratique, qui est certainement la plus importante, et sur laquelle j'appelle toute l'attention du Congrès.

La parole est à M. Testelin pour faire un rapport sur les travaux de la 3e section, relatifs à la question V. (*V.* p. 17.)

M. TESTELIN. Messieurs,

Voici quelle était la question soumise à l'examen de la 3e section :

« L'expérience a-t-elle établi que certaines formes de la cataracte « peuvent être guéries sans opération? Dans l'affirmative, quelles sont « ces formes, et quels sont les agents qui peuvent suppléer aux « moyens chirurgicaux? »

La Commission d'organisation du Congrès avait proposé les réponses suivantes :

« Si par le mot *cataracte* on entend l'opacité *spontanée* (ou survenue sous l'influence de causes dont l'action est jusqu'à présent restée inconnue) qui se produit plus ou moins rapidement dans la substance de la lentille cristalline, on peut répondre sans hésiter : Non, il n'existe dans les annales de la science aucun fait authentique propre à démontrer qu'une cataracte ait jamais rétrogradé, ou se soit jamais arrêtée dans sa marche sous l'influence d'un traitement médical quelconque.

« Si l'on applique la dénomination de *cataracte* aux opacités du cristallin, qui sont la suite de lésions traumatiques, il existe des faits démontrant qu'un traitement antiphlogistique institué avec énergie est parvenu à arrêter le développement de ces opacités, à en empêcher la trop grande extension, ou même à les faire diminuer lorsqu'elles existaient déjà.

« Si enfin l'on étend le mot de *cataracte* aux opacités de la capsule, qui, dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire dans tous, ne sont que des dépôts consécutifs à une inflammation de l'iris ou de la membrane de l'humeur aqueuse, l'expérience a démontré que l'on peut souvent obtenir la disparition de l'opacité par l'emploi d'un traitement propre à ces dernières affections. »

Après discussion, la section a reconnu à l'unanimité que personne n'a jamais obtenu de cure radicale de la cataracte par des moyens médicaux. En conséquence, elle a adopté le § Ier du projet de réponse. Néanmoins, deux de ses membres lui ayant exposé qu'ils avaient tenté des expériences desquelles il résultait pour eux que, dans certains cas, l'opacité lenticulaire avait diminué, et que par conséquent la maladie

avait rétrogradé, la section, sur la proposition de deux autres de ses membres, adopte le paragraphe additionnel suivant :

« La section émet le vœu que les honorables confrères qui ont obtenu « des résultats favorables de l'emploi des moyens médicaux, fassent « connaître en détail les moyens qu'ils ont mis en usage, et que leurs « expériences soient renouvelées à l'Institut ophthalmique du Brabant. »

Quant aux deux autres paragraphes, la section en propose l'adoption sans modification. (*V.* aux *Annexes* le procès-verbal de la séance.)

M. le Président. La discussion est ouverte sur la première question soumise à la 3me section et sur la réponse que celle-ci propose d'y faire.

M. Quadri (Naples). Il paraît que la section regarde comme insuffisantes les expériences qui ont été faites par deux membres du Congrès, et auxquelles j'ajouterai les miennes et celles de M. Pugliatti, relativement à l'emploi de l'ammoniaque sur les tempes pour le traitement de la cataracte. J'ai fait des essais et je n'ai pas toujours réussi. Mais dans quelques cataractes bien constatées, commençantes, j'ai vu, à l'aide de l'emploi de ce médicament, la cataracte suivre un mouvement rétrograde.

Je crois que l'ouvrage publié par un Italien, M. Pugliatti, et les expériences de deux membres du Congrès mériteraient un peu plus de respect que ne leur en témoigne la section.

M. Testelin (France). La section a tellement tenu compte des assertions émises par deux de ses membres, qu'elle a introduit à leur intention un paragraphe tout spécial dans ses propositions.

Ces membres ont prétendu avoir obtenu, non la guérison, mais une amélioration de la cataracte par l'emploi de l'ammoniaque, et dans le cours de la discussion assez longue que nous avons eue, on a cité des expériences qui n'ont pas paru suffisantes; quant à celles de M. Pugliatti, elles sont pour moi comme non avenues, et je vais en expliquer la raison.

M. Pugliatti s'appuie sur deux genres de preuves : sur des expériences qu'il a faites sur des cadavres, et sur celles qu'il a faites sur le vivant. Dans les expériences faites sur le cadavre, il a appliqué sur les tempes des acides concentrés, et il a obtenu par ce procédé la coagulation du cristallin. J'avoue que cela m'a paru excessivement étrange et a renversé toutes les idées que je m'étais faites sur les lois de l'imbibition. Le chemin à parcourir entre la tempe et le cristallin me paraît immense; il y a là un bien grand nombre de membranes à traverser. Ensuite, quand cette expérience aurait réussi, je trouve que l'argument à en tirer serait de peu de valeur, et voici pourquoi : je crois que si quelqu'un proposait de faire des applications d'éther sur l'hypocondre droit, parce que, sur le cadavre, la bile transsude à travers la vésicule biliaire, personne ne prendrait la chose au sérieux.

J'ai eu la naïveté de répéter les expériences de M. Pugliatti. Je n'ai

pas trouvé décrite la manière dont il procède, mais voici ce que j'ai fait : sur le cadavre d'un enfant de dix ans, j'ai appliqué à la tempe une compresse imbibée d'acide sulfurique. J'ai pris un verre de montre très creux, je l'ai rempli du même acide, et je l'ai appliqué sur la compresse, pour que l'acide fût remplacé à mesure qu'il s'infiltrait.

Sur l'autre tempe j'ai fait la même opération avec l'acide nitrique, et au bout d'un temps très prolongé aucune coagulation du cristallin ne s'était opérée. Non-seulement aucune coagulation ne s'était opérée, mais l'action de l'acide s'était étendue très peu profondément.

La seconde expérience a été faite sur le cadavre d'un adulte. Il était fort amaigri ; il avait les tempes très creuses. Après les avoir entourées avec une matière grasse pour obtenir une cavité qui se prolongeât jusqu'à l'angle externe de l'orbite, j'ai versé dans ce creux au moins deux onces d'acide sulfurique. M. Lanthier, interne au Grand Hospice, a fait faction pendant cinq heures, et a renouvelé l'acide à mesure qu'il s'évaporait, et je déclare que cette fois encore l'action de l'acide sur le cristallin a été complétement nulle.

Mais les expériences de M. Pugliatti ont été répétées par M. Alquié de Montpellier, et la manière dont il a procédé explique peut-être la différence entre les assertions de M. Pugliatti et les miennes. Il a appliqué les compresses sur les paupières : or, sur le cadavre, la cornée est aussi perméable qu'un crible. Ainsi, j'ai fait tomber quelques gouttes d'acide sur la cornée, et à l'instant même la coagulation du cristallin s'est produite. Il est à craindre que M. Pugliatti n'ait commis quelque erreur de ce genre, ou n'ait procédé comme M. Alquié.

Ce premier ordre d'arguments me paraît donc complétement renversé. J'arrive aux expériences faites sur le vivant.

J'ai vu dans le traité de M. Desmarres trois observations rapportées ; mais je déclare que, selon moi, le diagnostic, dans ces observations, n'est pas suffisamment établi. Je vais plus loin : il en résulte que M. Pugliatti paraît ignorer complétement qu'il existe dans la science des moyens propres à diagnostiquer sûrement la cataracte. Jamais il ne s'est donné la peine de dilater la pupille avec la belladone pour voir le cristallin dans son entier ; jamais il ne parle de l'état de la pupille ; il ne sait pas dire si l'ammoniaque a dissous le cristallin ou s'il l'a rendu de nouveau transparent, et cependant chacun sait qu'il suffit d'approcher une bougie d'un œil pour pouvoir reconnaître s'il renferme ou non un cristallin.

Me renfermant donc dans la discussion du programme : je dis qu'il n'y a pas là de faits suffisamment évidents.

Je dois ajouter ceci : dans le sein de la section, M. Didot a rapporté ce fait : « J'ai traité une dame qui avait une cataracte commençante ; je « lui ai fait des applications d'ammoniaque, et, au bout de quinze jours, « l'affection s'est étendue aux deux cristallins, à ce point que je me

« suis fait un reproche d'avoir employé ce moyen; j'ai craint d'avoir « été l'auteur de l'opacité. »

J'apporterai aussi un fait personnel. J'ai donné des soins à une dame qui avait une névralgie faciale très intense, très opiniâtre; je lui ai, sur ses pressantes instances, appliqué plus de deux cents vésicatoires à l'ammoniaque. Mais il s'est présenté cette coïncidence bizarre qu'une cataracte a commencé à se développer sur un œil. Je venais de lire le mémoire de M. Pugliatti, qui d'abord, je l'avoue, m'avait séduit. J'ai donc eu recours à son procédé, et il est arrivé que la cataracte, qui existait sur le premier œil, s'est déclarée également sur le second.

Voilà la réponse que j'ai à faire aux observations de M. Quadri :

Si M. Quadri nous donnait des observations plus détaillées, rédigées de façon à faire connaître d'une manière précise l'état de l'œil, et s'il résultait de ces faits qu'il y a réellement eu diminution de la cataracte, nous pourrions discuter son opinion. Mais, je le répète, dans l'état de la question, la section ne pouvait rien proposer de plus précis. La section ne dit pas qu'il est impossible de faire rétrograder ou d'arrêter une cataracte, mais elle vous propose de répondre que, dans l'état actuel de la science, et en présence des observations qui ont été produites jusqu'à nos jours, il n'y a pas de fait qui démontre qu'une cataracte ait rétrogradé ou se soit arrêtée dans sa marche, sous l'influence d'un traitement médical quelconque.

M. Desmarres (France). J'avais l'intention de vous parler des expériences de M. Pugliatti ; mais M. Testelin vient de vous en dire assez pour que vous puissiez les apprécier. Si on lit ces observations, on reconnaît bientôt qu'il s'agissait là, non de cataracte véritable, mais d'exsudats plastiques fixés sur la capsule du cristallin.

J'ai fait, comme M. Testelin, des recherches pendant une année entière sur l'emploi de l'ammoniaque; toujours j'ai échoué, jamais je n'ai obtenu la moindre amélioration. Ces expériences ont été faites devant un grand nombre de témoins.

Je crois que le Congrès doit adopter complétement les propositions de son Comité d'organisation, parce que laisser un jour, si petit qu'il soit, à la possibilité de la guérison de la cataracte par un traitement médical, serait une chose vraiment très dangereuse.

Il y a beaucoup de gens qui prétendent guérir la cataracte sans opération, parce qu'ils envisagent comme cataracte ce qui est autre chose.

Voici cependant un fait contradictoire, mais je ne me charge pas de l'interpréter, et je ne voudrais pas qu'on en tirât parti en faveur de l'opinion contraire à celle que je viens d'exprimer.

M. le docteur Debout, rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique français*, qui est ici présent, m'a raconté ce fait-ci : une dame vint me consulter pour un commencement de cataracte, et resta ensuite deux ou trois mois sans revenir. Au bout de ce temps, elle vint me

consulter de nouveau; la vision avait considérablement faibli, un œil surtout était complétement pris. Je lui dis que, dans un temps plus ou moins rapproché, elle devrait se soumettre à une opération. Effrayée, cette dame courut voir tout le monde, les médecins et ceux qui ne le sont pas. On lui introduisit dans l'œil, je pense de l'iodure de potassium, et, à partir de ce moment, je ne la revis plus; mais M. le docteur Debout la revit, et il m'a raconté que cette dame, qui précédemment avait tellement perdu la vue qu'elle ne savait plus se conduire, pouvait maintenant lire un journal. Eh bien ! Messieurs, le diagnostic avait été établi sérieusement. Y a t-il eu abaissement spontané de la lentille? Non. Le cristallin était en place; il s'est éclairci, voilà le fait.

M. Riboli (Sardaigne). J'ai traité une dame qui présentait tous les caractères d'une personne prise de la cataracte. Je l'ai obligée à se renfermer pendant cinquante jours dans sa chambre et à n'y laisser pénétrer qu'une lumière très faible; je lui ai prescrit des saignées et des émétiques. Au bout des cinquante jours, elle a pu sortir et venir me trouver, et toute l'opacité du cristallin avait disparu.

M. Sichel. Messieurs, je veux parler de la cataracte lenticulaire, de celle qui arrive spontanément et dont on n'est affecté que quand on a dépassé l'âge de 40 ans; de celle qui, d'après les dernières recherches, est causée par un dépôt graisseux ou calcaire. C'est un symptôme de faiblesse du cristallin. En ce qui concerne cette cataracte, je n'ai jamais obtenu le moindre résultat par aucun traitement médical. Quelquefois j'ai employé l'ammoniaque, et vous n'ètes pas sans savoir, Messieurs, que ce remède a été préconisé dans le temps par vingt ou trente brochures qui circulaient dans Paris : je l'ai employé sans succès.

Je suis arrivé en France en 1829. J'ai fait mes premières leçons en 1832, à l'hôpital Saint-Antoine, et je les ai publiées dans la *Gazette des Hôpitaux*. Après la publication de quelques-uns de mes articles, Gondret est venu me demander la permission d'assister à mes consultations. Je lui ai demandé de me faire voir ses cures, et je lui ai promis de lui envoyer mes malades atteints de la cataracte. J'ai scrupuleusement tenu cette promesse depuis 1833 jusqu'en 1837, et je lui ai envoyé beaucoup de malades qui payaient largement. J'ai moi-même essayé l'emploi de l'ammoniaque, et je n'ai rien obtenu; mais je puis attester que jamais les malades traités par Gondret ne me sont revenus que dans les conditions suivantes : cataracte stationnaire quand le malade revenait tôt, cataracte augmentée quand il revenait plus tard, et souvent ophthalmie épouvantable.

Voilà, Messieurs, une expérience de trois ou quatre années, qui ne prouve pas en faveur de l'ammoniaque ni du traitement par les moyens externes, mais qui prouve combien il est dangereux de commettre la médecine honnète, probe, scientifique avec le charlatanisme.

Gondret a dit que je ne guérissais pas la cataracte sans opération, mais que lui la guérissait, et il a fini par me faire savoir qu'il n'avait pas le temps de s'occuper des malades pauvres.

M. Carron du Villards fréquentait avec moi les consultations et les visites de Sanson à l'Hôtel-Dieu, et il fut convenu que Sanson ouvrirait son service à Gondret et que nous assisterions tous trois à ses expériences, mais qu'avant tout traitement il serait constaté s'il s'agissait bien réellement d'une cataracte et à quel degré la cataracte était arrivée. Eh bien, Messieurs, et j'ai publié ce fait dans mon ouvrage : *De la cataracte et de l'amaurose*, en 1837, lorsque M. Carron du Villards et Sanson étaient encore à Paris. Chaque fois que la cataracte était évidente, manifeste, Gondret disait qu'elle était trop avancée, et lorsqu'il disait : « Voici une belle cataracte que je guérirai, » il s'agissait de tout autre chose que d'une cataracte; de sorte que, quand nous présentions une cataracte à Gondret, il n'en voulait pas, et quand il en choisissait une, nous la lui refusions, parce que ce n'était pas une cataracte véritable. M. Sanson a dit alors qu'il ne pouvait plus permettre la continuation de ce manége, et que, à ces conditions, il ne pouvait plus admettre Gondret à sa clinique.

Comme je viens de vous le dire, Messieurs, j'ai indiqué ces faits d'une manière sommaire en 1837, et c'est alors que Gondret a commencé à m'attaquer. Ces attaques me sont bien indifférentes; mais j'ai cru devoir faire connaître au Congrès comment procèdent souvent les gens qui ont la prétention de faire des cures impossibles.

Il faut bien le dire, nous avons, dans nos villes comme dans nos campagnes, une foule de confrères qui ne savent pas diagnostiquer une cataracte. Un jour, un médecin m'envoie un malade avec prière d'indiquer un traitement pour *sa cataracte*. J'examine le sujet et je reconnais qu'il ne s'agit nullement de la cataracte; j'institue un traitement, et le malade ne tarde pas à être guéri.

Ce que je dis, je le dis uniquement dans l'intérêt de la vérité, dans l'intérêt de la science, et j'aboutis à la même conclusion que M. Desmarres : c'est qu'il est dangereux de donner la moindre prise au charlatanisme. Vous vous rappelez ce que disaient du diable les anciens : Abandonnez-lui un seul cheveu, et c'est par ce cheveu qu'il vous emportera. Eh bien, il en est de même du charlatanisme.

Que nos confrères qui ont fait des expériences continuent leurs essais, et si ces essais produisent des résultats qui ne laissent plus aucun doute, nous pourrons les sanctionner dans un prochain congrès; mais qu'ils donnent le bon exemple, qu'ils immolent leur découverte, si découverte il y a, et qu'ils ne demandent pas qu'on parle d'eux même anonymement, parce que c'est le cheveu qu'on présente au diable. Pour nos confrères de France, je rappelle combien les soi-disant médecins encyclopédistes ont attaqué les spécialités en disant

que c'est un plan incliné par lequel on roule au charlatanisme. J'ai entendu dire cela de la bouche d'un professeur de la Faculté, lorsque j'ai défendu devant lui un autre spécialisme. Eh bien! cela est vrai sous certains rapports; car vous voyez ceux qui prétendent guérir la cataracte sans opération se donner comme des spécialistes, tandis que ce ne sont que des charlatans. Gardons-nous de leur prêter le flanc. Dans un acte aussi solennel que la décision d'un congrès, unique jusqu'ici dans son genre, et qui doit rester vierge de tous reproches que pourraient lui faire les médecins soi-disant encyclopédistes, il ne faut pas que l'on pose un fait incertain et qui puisse être invoqué par le charlatanisme. Je reviens à la question dont je me suis peut-être un peu écarté. Je ne suis pas de ceux qui préjugent l'avenir. Peut-être qu'à l'aide du microscope, de l'ophthalmoscope et d'autres inventions, l'avenir nous réserve quelque moyen de guérir la cataracte, surtout quand elle n'est que commençante; mais, pour le présent, je crois pouvoir dire avec une entière conviction, que j'ai déjà manifestée à plusieurs reprises dans mes publications, qu'il n'y a pas de moyen de guérir sans opération la cataracte lenticulaire. Je regrette de n'avoir pas apporté avec moi un petit article que j'ai inséré dans le *Bulletin de Thérapeutique,* il y a quelques années, où j'ai exposé sincèrement l'état de la question et où je suis arrivé à peu près aux mêmes conclusions que le Comité d'organisation, à savoir que, dans une foule de cas, ces soi-disant cataractes n'étaient que des exsudats, des dépôts, des commencements d'inflammation de l'iris. Quant à la cataracte lenticulaire, il est possible qu'on ait eu quelques cas de guérison lorsqu'elle ne faisait que commencer. J'ai vu quelquefois la cataracte lenticulaire s'arrêter et même suivre une marche rétrograde, en ce sens que le malade voyait mieux, même sans l'emploi de la belladone; mais jamais je n'en ai vu la suppression sans opération.

M. Vanzetti (Padoue). Je n'ai jamais cru pouvoir guérir la cataracte par d'autres moyens que par l'opération. Mais j'ai cru nécessaire d'exposer à la section dans laquelle je m'étais fait inscrire, les résultats des expériences que j'ai faites par l'application de l'ammoniaque aux tempes dans les cas de cataractes molles ou liquides. Je vous prie de croire que ces expériences ont été faites par moi dans un but uniquement scientifique, et nullement dans un but de charlatanisme. Je les ai faites non dans ma pratique privée, mais dans une clinique publique, en présence d'une centaine d'élèves. J'ai tenu des notes très exactes, et j'en ai fait tenir aussi par d'autres personnes que j'ai priées d'assister à ces expériences.

Lorsque j'ai lu dans le journal publié par Rognetta les articles où il était fait mention des expériences de M. Pugliatti, j'ai éprouvé quelque étonnement. J'avais toujours été d'opinion que tous les moyens extérieurs, s'ils sont actifs, le sont par absorption, et je ne comprenais

pas comment l'ammoniaque appliqué sur la tempe pouvait agir sur le cristallin de l'œil. J'ai donc voulu aussi, dans un but que je dirai uniquement physiologique, voir si réellement je pourrais obtenir par l'application de l'ammoniaque quelque changement dans un cristallin devenu déjà opaque. J'ai fait des essais au moins sur une quinzaine d'individus, et je puis vous assurer que, au moins sur la moitié d'entre eux, j'ai vu des changements tellement étonnants dans le cristallin, que je ne pourrais trouver d'expression suffisante pour les indiquer. Je me rappelle un enfant de deux ans sur lequel j'ai fait un de ces essais. Il avait une cataracte qui, étant presque laiteuse, l'avait rendu complétement aveugle. Or, par l'application de l'ammoniaque aux tempes, répétée cinq ou six fois, j'ai pu voir une diminution extrêmement remarquable de cette opacité. Cet enfant, qui auparavant ne voyait absolument rien, pouvait distinguer un peu les objets, et lorsqu'on lui tendait la main, il pouvait la prendre.

Dans d'autres cas, j'ai vu que les parties périphériques du cristallin devenaient beaucoup moins opaques qu'elles ne l'étaient auparavant et qu'il restait seulement un noyau.

Ces expériences ont été répétées, comme je vous l'ai dit, sur un grand nombre d'individus. Sur certains d'entre eux, les effets obtenus m'ont surpris ; sur d'autres, ils ont été nuls. Mais comme ces expériences étaient toujours accompagnées de beaucoup de douleur, parce que j'employais de l'ammoniaque très concentré qui produisait des escarres, et comme je croyais ne pouvoir jamais arriver à une guérison complète par ce moyen, j'ai cessé de faire des expériences. Mais j'ai l'intime conviction que l'ammoniaque appliqué convenablement aux tempes, et appliqué un nombre suffisant de fois, agit sur le cristallin. C'est un fait sur lequel il ne me reste aucun doute.

M. Didot. Messieurs, les décisions que prend un Congrès, les formules qu'il adopte, doivent être sévères, doivent être conçues en termes précis ; pour qu'un fait soit accepté, il faut qu'il soit parfaitement démontré.

Des hommes extrêmement honorables, au talent desquels nous nous plaisons à rendre hommage, viennent nous dire qu'ils ont fait des essais, et que ces essais ont été assez heureux. D'autre part, nous savons que les mêmes essais ont échoué complétement dans les mains d'autres expérimentateurs. Nous devons dès lors nous tenir sur la réserve.

Aux termes de la formule du programme, nous devons nous occuper de l'état actuel de la science. Or, les recherches dont on vous a entretenus n'ont pas encore été publiées, elles ne sont donc pas entrées dans le domaine public. Pour nous, elles sont, nous devons bien le dire, à peu près comme non avenues. (*Interruptions.*)

Je sais ce que nous devons d'égards aux honorables membres qui nous ont fait la confidence de leurs essais ; mais enfin, la question est

scabreuse... Vous le comprenez parfaitement, Messieurs, après les paroles de M. Sichel et de M. Desmarres, il ne vous restera aucun doute sur les inconvénients qu'il y aurait à adopter une formule encourageante pour une industrie que je ne nommerai pas...

Dans un autre ordre d'idées, il est un fait physiologique authentique qui doit encore expliquer la réserve qui vous est imposée. Les organes sont généralement curables en raison de leur vitalité, c'est-à-dire de leur richesse en éléments vasculaire et nerveux. Or, un cristallin est un organe qui ne se nourrit que par endosmose; c'est un organe qui est soustrait en quelque sorte à la vie dès qu'il est le siége d'une altération tant soit peu grave.

Permettez-moi, Messieurs, de chercher la démonstration de cette vérité dans un fait extrêmement simple, emprunté à l'ophthalmologie comparée.

Dans la fluxion périodique de l'œil chez le cheval, il semble s'opérer une sorte de guérison de la cataracte à la suite des premiers accès; mais ce fait n'a rien de sérieux, parce que dans ces cas le cristallin n'a pas été atteint. Un exsudat plastique s'est déposé à la surface de la capsule et a simulé une cataracte. Cet exsudat s'efface, et la lentille apparaît de nouveau lucide et transparente. Au contraire, quand le cristallin a été affecté, la fluxion cesse, la cataracte est formée, et les accès disparaissent pour ne plus se reproduire.

Ces phénomènes sont remarquables sans doute, et ils ont une signification qu'il ne faut pas méconnaître. La première apparition de la fluxion périodique est signalée par une conjonctivite avec iritis. Les humeurs de l'œil se troublent, tous les tissus de l'organe sont envahis, la fièvre s'allume, et, au bout d'un temps plus ou moins long, l'orage s'apaise et tout rentre dans l'ordre. Après quelques semaines, l'œil est redevenu transparent, et il ne reste aucune lésion saisissable.—Quand un deuxième accès se produit, les phénomènes sont plus intenses, mais l'issue est encore heureuse, et le cristallin n'est pas affecté. Enfin, un troisième ou un quatrième accès se déclare, la phlogose est poussée à ses dernières limites, l'organe semble menacé de destruction; mais le cristallin est envahi, il s'obscurcit, s'infiltre d'éléments nouveaux, et dès lors la fluxion périodique cesse pour ne plus se reproduire.

Je n'ai pas à m'occuper ici de la singularité de ces phénomènes; mais j'ai voulu prouver qu'une cataracte lenticulaire n'est pas attaquable par un traitement médical, et subsidiairement j'ai voulu prévenir l'objection que l'on aurait pu emprunter à l'espèce de guérison qui s'opère dans l'intervalle des accès de la fluxion périodique du cheval.

Je dis donc encore que, quand le cristallin est affecté et envahi par l'opacité, il n'y a plus de guérison possible, parce qu'il ne possède pas les éléments organiques qui pourraient se prêter à la guérison.

D'après cela, je crois qu'il y aurait convenance et utilité à supprimer le dernier paragraphe de la réponse proposée. Le bureau n'en sera

pas moins libre de continuer les expériences d'après les renseignements fournis par la discussion.

M. Guépin (France). Nous n'avons jamais pensé, Messieurs, qu'on pût guérir une cataracte bien caractérisée; mais nous pensons, M. Vanzetti et moi, d'après notre expérience, qu'on peut, dans certains cas, faire rétrograder la maladie.

Maintenant, faut-il s'abstenir de discuter cette question, crainte d'ouvrir la porte au charlatanisme? Oh! le charlatanisme est très éhonté: il y a deux ans, on a publié qu'un individu avait été guéri sans opération, et c'était moi qui l'avais opéré! Mais je pense que nous ne devons pas nous inquiéter du charlatanisme, et que nous devons examiner tous les faits qui intéressent la science.

Je n'ai jamais guéri de cataracte; mais voici un fait que j'ai cité. Il y a trois mois, on m'amène un sujet et l'on me dit : « Voilà une cataracte évidente, croyez-vous qu'on puisse la guérir? » Je dis : « *non* » — « Croyez-vous à la possibilité d'une amélioration? » J'ai répondu affirmativement, et aujourd'hui le sujet sait lire. Mais la cataracte existe toujours.

M. le Président. Il est évident, Messieurs, que nous sommes tous d'accord : personne ne soutient qu'on puisse guérir la cataracte sans opération, et la proposition qui vous est soumise n'implique nullement cette pensée.

M. Caffe (France). Je vous prierai seulement, Messieurs, de mettre aux voix les paragraphes auxquels j'ai contribué comme membre de la section. La créance qu'on doit à chacun de nous, quelque grande qu'elle soit, n'est pas cependant suffisante pour annihiler celle qu'on doit à un grand nombre de faits bien constatés. J'étais à Paris lorsque Gondret obtint l'autorisation de faire ses expériences, et je fus chargé de les contrôler. Pour moi, le seul résultat de ces expériences, c'est que certaines cataractes, ou pseudo-cataractes, peuvent rétrocéder par un traitement longtemps continué, mais qu'il n'en est pas ainsi des cataractes lenticulaires.

Quant à l'honorabilité de Gondret, qui aujourd'hui est mort, je ne la mets pas en question; je n'ai pas à combattre Gondret, je n'ai pas à le défendre, mais il est une chose que je dois dire : c'est qu'il n'a jamais voulu tromper les autres; il s'est trompé lui-même, mais il est mort pauvre après 75 ans d'exercice.

M. Cervera (Espagne). Je puis, Messieurs, citer un fait de cataracte guérie sans opération. Un enfant de 8 ans avait reçu un coup de fouet; l'œil avait été atteint, et il s'était fait à la capsule une petite fente par laquelle sortaient les parties molles du cristallin. Il s'est formé une véritable cataracte qui a été guérie sans que l'enfant eût été soumis à aucune opération.

Chez cet enfant, l'ouverture de la capsule s'était fermée, et au bout

d'un certain temps, elle avait cessé d'être appréciable. La cataracte traumatique aurait pu ainsi être prise pour une cataracte ordinaire, et néanmoins elle continua à se dissoudre et finit par disparaître entièrement; sans doute parce que l'ouverture de la capsule s'était reproduite, ou parce qu'elle résidait dans le segment postérieur de cette membrane.

Je crois, Messieurs, que tous les faits que l'on cite de guérison de la cataracte peuvent s'expliquer de cette façon ou d'une autre.

M. Quadri. On m'a fait dire, Messieurs, ce que je ne voulais pas dire. Je ne serais jamais entré dans la discussion sans apporter les faits que j'ai à ma disposition. Une dame s'est présentée chez moi avec une cataracte complète à l'œil gauche, et demandant à être traitée de l'autre œil où il y avait un commencement de cataracte. C'était le centre du cristallin droit qui avait été pris. Vous savez tous, Messieurs, que je suis oculiste, et je m'en vante, mais je ne me vante pas de guérir la cataracte sans opération; cependant, je dois dire que cette dame a été entièrement guérie au moyen de l'ammoniaque.

Je regrette, Messieurs, que les expériences dont il nous a été rendu compte par plusieurs confrères aient été accueillies avec si peu de déférence, et je désirerais que l'article fût modifié dans le sens de la bienveillance seulement.

M. Testelin. J'appuie la suppression qui a été proposée, car le paragraphe a été introduit contrairement à mon opinion. J'avais même demandé à ne pas être rapporteur, afin de pouvoir défendre avec plus de liberté ma manière de voir.

M. le Président. Je vais mettre aux voix la rédaction du Comité, adoptée par la section.

Le § 1er, proposé par le Comité, est adopté.

M. le Président. Nous avons maintenant le paragraphe additionnel proposé par la section ; ce paragraphe est ainsi conçu :

« La section émet le vœu que les honorables confrères qui ont obtenu
« des résultats favorables de l'emploi des moyens médicaux fassent con-
« naître en détail les moyens qu'ils ont mis en usage, et que leurs expé-
« riences soient renouvelées à l'Institut ophthalmique du Brabant. »

Quelqu'un demande-t-il la parole pour le maintien ou la suppression de ce paragraphe additionnel?

M. Testelin (France). Nous sommes chargés de constater l'état de la science; nous devons avoir une opinion collective qui représente celle de la majorité. Nous n'avons pas la prétention d'imposer cette opinion à nos honorables contradicteurs; mais ils doivent fournir des faits, faire imprimer leurs travaux, et, comme vous le disait M. Sichel, quand ces travaux existeront réellement, on pourra s'en occuper.

M. Caffe (France). Je désire que la disposition ne soit pas supprimée, parce qu'elle sauvegarde une possibilité scientifique et que, d'autre part, elle engage à des expériences. Il s'agit de sauvegarder les

assertions d'hommes parfaitement honorables, et de demander qu'ils viennent nous apporter des observations plus concluantes, plus complètes ; que des expériences soient instituées. Je ne crois pas que nous nous exposions beaucoup en demandant cela.

M. TESTELIN (France). Ce qu'a dit M. Sichel prouve, au contraire, qu'il y aurait de graves inconvénients à admettre la disposition proposée : c'est qu'on pourrait en abuser.

Et puis, proposer la suppression de ce paragraphe, est-ce demander à nos confrères un bien grand sacrifice? Qui avait, pour établir une théorie sur la granulation, plus d'autorité que M. Hairion? Qui avait fait un plus beau travail sur la question? Qui l'avait posée d'une manière plus nette et plus claire? Mais il y avait quinze ou vingt opinions en présence sur la nature des granulations. Avez-vous émis le vœu qu'on consignât dans la réponse ces quinze ou vingt opinions? Non : pour éviter toute discussion, M. Hairion a été le premier à proposer la suppression de tout son travail.

Ici, que vous demande-t-on? On vous demande de consigner des doutes, d'appuyer de l'autorité du Congrès des fragments d'observations, d'étayer les assises d'un monument non encore suffisamment solide, non encore élevé.

Fermons-nous la voie à nos confrères? Les accusons-nous de mauvaise foi? Faisons-nous quelque chose qui puisse blesser leur dignité? Nullement : nous leur indiquons la marche qu'ont suivie ceux qui ont voulu faire progresser leurs idées. Nous leur demandons de recueillir des observations plus claires, des diagnostics bien établis, et alors nous pourrons décider. Mais jusque-là, cela nous est impossible.

M. GUÉPIN (France). Je suis l'un des intéressés dans la question. Il m'est complétement indifférent que le paragraphe proposé soit supprimé ou voté. Je m'engage seulement à fournir des faits.

M. DEBOUT (France). Si le Congrès veut bien instituer une commission, je m'engage à lui envoyer cinq observations de cataractes qui n'ont pas été guéries, mais qui ont rétrogradé par l'emploi de l'ammoniaque. Le diagnostic en a été porté par M. Sichel et par M. Desmarres, et présente partant toute garantie.

La suppression de la disposition additionnelle, proposée par la section, est mise aux voix et adoptée.

Les § 2 et 3, tels qu'ils ont été proposés par le Comité d'organisation, sont adoptés.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Sperino pour une communication en dehors du programme.

M SPERINO (Sardaigne) lit un mémoire sur une simplification dans l'opération de la cataracte. (V. aux *Annexes*.)

La séance est levée à quatre heures et quart.

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE.

La séance est ouverte à une heure et quart.

M. WARLOMONT, secrétaire général, donne lecture du procès-verbal de la séance d'hier ; la rédaction en est approuvée.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Rossander pour faire connaître l'état de l'ophthalmologie en Suède.

M. ROSSANDER (Suède) fait une communication qui est accueillie par de vifs applaudissements. (*V.* aux *Annexes.*)

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Ponti Floriano pour faire connaître l'état de l'ophthalmologie dans le royaume de Parme.

M. PONTI FLORIANO (Parme) donne lecture de son mémoire. (*Applaudissements.*) (*V.* aux *Annexes.*)

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Sperino pour une communication.

M. SPERINO (Piémont) lit un travail sur l'amaurose syphilitique et sur le traitement des affections oculaires syphilitiques par la syphilisation. (*V.* aux *Annexes.*)

M. BOECK (Norwége) confirme les résultats des expériences de M. Sperino par celui des siennes propres. (*V.* sa note aux *Annexes.*)

M. MANUEL MONTAUT (Espagne) présente au Congrès un ophthalmoscope et un injecteur lacrymal de son invention.

M. BONNAFONT envoie deux serre-fines modifiées pour le traitement de l'entropion.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Binard pour faire le rapport des travaux de la 1re section, sur la suite des articles relatifs à l'ophthalmie militaire.

M. BINARD. Messieurs,

La section a, dans sa séance de ce matin, abordé la discussion des articles relatifs à la prophylaxie de l'ophthalmie militaire. Elle a adopté presque sans discussion les titres I, III et IV du chapitre D (p. 8 et 9). Quant au titre II, il a donné lieu à des observations assez sérieuses. Plusieurs membres se refusent à admettre que l'ophthalmie militaire puisse se transmettre par l'infection seule des locaux habités par les soldats et des objets à l'usage de ces derniers. L'un d'eux a rappelé qu'en 1832, lorsque l'armée française était venue en Belgique, elle avait impunément occupé des locaux que des soldats atteints de granulations avaient habités avant eux, et que cependant elle n'avait pas vu ses soldats atteints par le fléau. Un autre est venu appuyer cette opinion par le fait qu'à la prison d'Alost, occupée par 800 détenus, il avait découvert 79 individus atteints de granulations accompagnées

presque toutes de sécrétion muqueuse, et dont quelques-unes seulement offraient une sécrétion muco-purulente. Tous ces granulés couchaient dans des dortoirs différents, au milieu d'autres hommes chez lesquels la maladie ne s'était aucunement développée, et cependant depuis 16 ou 17 ans aucune visite oculaire générale n'y avait été faite. Les hommes atteints de granulations avec secrétion muco-purulente furent seuls envoyés à l'infirmerie; les autres granulés furent traités au milieu de leurs camarades, et cependant, au bout d'un trimestre, tous étaient guéris sans avoir communiqué la maladie à leurs compagnons de captivité.

En opposition avec ces faits négatifs, un membre rappelle l'histoire de l'épidémie du pensionnat de Thieldonck, dont il a déjà été question dans la première séance. « Là, dit-il, on ne fit cesser l'épidémie qu'après avoir fait désinfecter les locaux et y avoir établi une bonne ventilation. »

Un autre membre rappelle que l'affection s'était d'abord montrée sous la forme la plus simple dans le corps de la garde danoise, dont la force est de 5,000 hommes environ, mais qu'elle y avait fait bientôt de notables progrès. Les casernes furent évacuées pendant un certain temps, durant lequel les soldats logèrent sous des tentes. A dater de ce moment, le chiffre des granulés avait diminué sensiblement, au point que, au bout de quatre mois, il n'en restait plus que sept. — En Hanovre, on a constaté que c'est principalement dans trois ou quatre villes qu'on rencontre le plus de granulés, et qu'à Hanovre même la maladie a une prédilection marquée pour une des casernes, qui en a pour ainsi dire le monopole. — Il est difficile d'expliquer pourquoi telle ou telle caserne favorise le développement de l'ophthalmie, et on le conçoit : le miasme n'est pas saisissable, on ne le connaît que par ses effets ; mais on a cité de tous temps des casernes qui ont toujours été le siége privilégié de l'ophthalmie ; telles sont celles de Mayence, de Hanovre, de Namur, etc. Il faut bien admettre qu'il y a dans ces locaux des conditions favorables au développement de la maladie, et que ces conditions il importe de les faire disparaître. Or, la désinfection est le moyen logique qui s'offre tout d'abord pour y parvenir.

En présence de ces faits positifs, que tous les faits négatifs du monde ne sauraient infirmer, la section adopte le § 2 du projet de solution, avec une modification qui y donne la rédaction suivante :

« II. L'assainissement et, s'il y a lieu, la désinfection des locaux (casernes, prisons, hôpitaux, etc.) et des objets à l'usage des soldats. »

La section a adopté les articles 1°, 2°, 3° et 4° presque sans discussion, l'article 5° a été amendé de la manière suivante : « L'emploi du « temps des hommes atteints de granulations sera réglé d'après les « conseils des médecins. »

A l'occasion de l'art. 3°, un membre a proposé à la section de déter-

miner la sphère respiratoire de chaque homme. Cet amendement n'a pas été accepté.

Les articles 6° et 8° ont été adoptés avec la rédaction du Comité; l'art. 7° supprimé. — L'art. 9° a été modifié par l'addition du mot « continue » après « ventilation convenable. » — L'art. 10° est adopté sans changement; l'art. 11° avec la suppression des mots « ainsi que les literies. » — Les art. 12° et 13° sont acceptés, le 14° avec suppression de toute la seconde moitié, depuis ces mots : « à des époques déterminées. » L'art. 15° passe sans discussion.

La séance est levée à midi. (Voir aux *Annexes* le procès-verbal.)

M. le Président. La discussion est ouverte sur ce rapport.

Les titres I à IV du chapitre D (p. 8 et 9) sont successivement mis aux voix et adoptés sans discussion, avec la rédaction proposée par la section. Ils sont ainsi conçus :

« La prophylaxie de l'ophthalmie des armées comprend :

« I. La guérison des soldats actuellement affectés de la maladie.

« II. L'assainissement et, s'il y a lieu, la désinfection des locaux (casernes, prisons, hôpitaux, etc.) et des objets à l'usage des soldats.

« III. Les mesures tendant à empêcher la propagation et l'aggravation de l'ophthalmie.

« IV. Les mesures ayant pour but, la maladie une fois éteinte, d'en prévenir le retour. »

La discussion s'ouvre sur le premier alinéa du titre Ier (p. 9) :

« Ce qui importe avant tout, c'est de guérir les hommes atteints de granulations. On est aujourd'hui en mesure d'atteindre ce but.

« A cet effet :

« 1° On ordonnera dans les corps des visites sévères, fréquentes et minutieuses. »

M. Didot. Quelle est la différence entre *sévère* et *minutieuse?* Si la visite est sévère, elle est minutieuse, et *vice versâ*.

M. Binard, rapporteur. *Sévère* signifie que tout le monde sera soumis à la visite, *minutieuse* signifie qu'elle doit se faire avec beaucoup de soin.

M. Thiry. Il y a, Messieurs, une cause particulière qui n'est pas indiquée, probablement par respect pour la pudeur, car cette cause ne se trouve pas dans les yeux. Plus d'une fois le mal est venu de ce qu'on n'a pas visité toutes les parties du corps. Je demanderai qu'on ajoute *complètes* « visites *complètes*, etc. »

M. Didot. On pourrait remplacer *sévères* par *générales*, et dire « visites *générales*, fréquentes et minutieuses. »

M. Thiry. Je propose de dire : « On ordonnera dans les corps des visites *complètes*, fréquentes et minutieuses. »

Cet amendement est mis aux voix; il n'est pas adopté.

La rédaction proposée par le Comité est mise aux voix et adoptée.

Les articles 2° à 11° sont successivement mis aux voix et adoptés, avec les modifications proposées par la section. (*V.* le Rapport.)

L'article 12° est ainsi conçu :

« On fera désinfecter, comme pour les hommes atteints de la gale, les habits que portaient les ophthalmiques à leur entrée à l'hôpital, ceux qui leur ont servi pendant le séjour qu'ils y ont fait, ainsi que leurs literies. »

M. Pontus (Belgique). Afin qu'il n'y ait pas de doute sur la catégorie d'ophthalmiques dont il s'agit dans ce paragraphe, je demanderai au Congrès de substituer aux mots : « que portaient les *ophthalmiques,* » ceux-ci : « que portaient *les hommes atteints d'ophthalmie purulente.* »

M. Hairion. Les granulés non atteints d'ophthalmie purulente ne sont pas envoyés à l'hôpital. A l'art. 4° il est dit : « Les hommes atteints de granulations avec blennorrhée seront séparés de ceux qui présentent des granulations sans sécrétion. » Or, il s'agit ici des salles des granulés, et dès lors, comme je le disais, on ne peut pas envoyer dans les hôpitaux des hommes atteints d'ophthalmies non purulentes. Cela ressort encore clairement de l'art. 2°, qui porte : « On instituera des salles de granulés, destinées exclusivement aux hommes atteints de granulations, et l'on dirigera sur les hôpitaux ceux dont l'état exigera d'autres soins que le traitement en usage contre les granulations. »

M. Pontus. J'avais demandé cette modification pour rendre le paragraphe plus clair, afin qu'on ne pût pas croire qu'il s'applique à tous les ophthalmiques indistinctement.

M. Didot. Il ne s'agit absolument que de l'ophthalmie militaire.

M. Pontus. Du moment que cela est entendu, je n'insiste pas.

Le paragraphe est adopté.

Les articles 13°, 14° et 15° sont également admis avec la rédaction proposée par la section.

M. le Président. La parole est à M. Crocq, rapporteur de la 2e section :

M. Crocq. Messieurs,

La première question que la deuxième section avait à résoudre était celle-ci :

« Quelle est l'influence que la découverte de l'ophthalmoscope a « exercée sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'œil? »

Le Comité d'organisation avait proposé à cette question la solution suivante :

« Une foule d'affections des milieux réfringents et des membranes « profondes de l'œil, naguère encore d'un diagnostic difficile ou même « impossible, se reconnaissent aujourd'hui avec la plus grande pré- « cision par le moyen de l'ophthalmoscope ; telles sont : les opacités « débutantes du système cristallinien, et les altérations pathologiques

« du corps vitré, de la choroïde, de la rétine et de la papille du « nerf optique.

« Les indications curatives rationnelles s'appuyant évidemment sur « la perfection des moyens de diagnostic, l'ophthalmoscope, en don- « nant à ces indications des bases assurées, a imprimé à la thérapeu- « tique des maladies des parties profondes de l'œil une sûreté et une « précision qu'elle ne possédait pas avant l'introduction de son emploi « dans la science. »

La discussion n'a apporté aucune objection à cette solution. Tous les membres qui ont pris la parole se sont plu à proclamer l'ophthalmoscope une des plus belles inventions de notre époque, un instrument d'une utilité indispensable. Un membre a comparé avec bonheur les services qu'il rend au diagnostic ophthalmologique à ceux rendus par le sthéthoscope à celui des maladies de poitrine.

Dans le cours de cette discussion, plusieurs points ont été soulevés, qui méritent d'être signalés.

Tous les orateurs ont reconnu la nécessité de ne pas être exclusifs, de ne pas se borner à l'examen ophthalmoscopique, mais d'y joindre les résultats fournis par l'examen fonctionnel. Celui-ci vient compléter les données anatomiques fournies par l'ophthalmoscope ; il est même des cas dans lesquels celui-ci se tait, et où l'examen des perturbations fonctionnelles règne à lui seul. Cependant, même dans ces cas, parmi lesquels on rencontre principalement l'amaurose cérébrale, l'ophthalmoscope a encore son degré d'utilité : les données, toutes négatives, qu'il fournit servent à exclure toutes les affections dans lesquelles il fournit des signes positifs. Un membre a prétendu que, même dans ces cas, dans l'amaurose cérébrale, l'ophthalmoscope fournissait une donnée positive, très importante pour le pronostic, en permettant de constater s'il y a ou non tendance à la dégénérescence, à l'atrophie de la rétine. Lorsque cette tendance n'existe pas, la rétine présente son aspect normal, elle est pellucide, et ses vaisseaux offrent leur développement accoutumé. Lorsqu'elle existe, la rétine devient opaque, blanche, et ses vaisseaux tendent à disparaître. Évidemment, dans le premier cas, le pronostic peut être favorable, tandis qu'il ne l'est nullement dans le second.

Parmi les signes fonctionnels dont il faut tenir compte, en même temps qu'on pratique l'examen ophthalmoscopique, qu'il faut faire marcher de pair avec lui, un membre a principalement signalé les phosphènes, et il a longuement insisté sur ce point. Beaucoup de membres pensent que les phosphènes, tout en méritant d'être pris en considération, n'ont pas une valeur aussi absolue que le pense M. Serre (d'Uzès). Toutefois cette question, n'étant pas en discussion, n'a pas été poursuivie autant qu'elle le comportait.

Après cette discussion générale, la section a passé à l'examen des

cas particuliers dans lesquels l'ophthalmoscope peut être employé avec fruit. L'appareil cristallinien trouve dans l'éclairage oblique un excellent moyen d'exploration ; il rivalise avec l'ophthalmoscope et le surpasse même en valeur dans certains cas ; cependant, il est encore des cas dans lesquels celui-ci rend de grands services. Il permet de reconnaître les opacités à leur premier début, alors qu'il n'existe encore aucun autre signe qui permette de les constater ; il fait aussi reconnaître les cataractes stationnaires, ces formes dans lesquelles on ne trouve que quelques stries minces qui restent au même point, ou qui ne s'accroissent que très lentement. — Une discussion s'est engagée sur le siége de ces stries, situées d'après les uns, dans la plupart des cas, dans les couches intermédiaires du cristallin; d'après d'autres, dans ses couches superficielles.

Il permet de reconnaître les cataractes produites ou accompagnées par des maladies des parties voisines, et par conséquent d'arrêter les progrès de celles-ci, et d'améliorer la position des malades.

Si ces procédés d'exploration étaient constamment employés, on y verrait plus clair dans ces faits de cataractes guéries, améliorées ou arrêtées dans leur marche sans opération ; on verrait qu'il s'agissait tout simplement d'affections concomittantes, accompagnant la cataracte, et qui ont pu être guéries, ou bien de cataractes stationnaires ou à marche très lente.

Mais c'est surtout dans les affections des parties profondes de l'œil que l'ophthalmoscope rend d'immenses services. Les maladies du corps vitré étaient très imparfaitement connues avant l'invention de cet instrument, qui permet de suivre la cause anatomique qui les produit. Ainsi, les épanchements de sang dans le corps vitré, affection qui donne lieu à une cécité complète, mais facilement curable, seront bientôt reconnues et distinguées des affections rétiniennes, dont le pronostic est tout différent. On reconnaîtra aussi l'étendue qu'affecte le ramollissement de ce corps, les flocons qui flottent dans son intérieur, les cristaux de cholestérine, les entozoaires qu'il renferme. Un membre a rapporté un cas fort intéressant de filaire du corps vitré constaté par ce moyen. — Une discussion fort intéressante s'est engagée sur les mouches volantes. Un membre, qui s'est beaucoup occupé de ce sujet, a reconnu que les mouches volantes ordinaires, qui existent chez tout le monde, sont dues à des corpuscules microscopiques qui flottent dans l'humeur vitrée, et qui ne sont pas perceptibles à l'ophthalmoscope : elles sont, comme du reste tout le monde le sait, inoffensives ; mais il y en a d'autres qui sont dues à l'existence de flocons appréciables à l'ophthalmoscope, et c'est alors un état pathologique qui mérite de fixer l'attention.

Les affections de la choroïde sont aussi étudiées avec fruit par l'ophthalmoscope. Ainsi on reconnaîtra l'altération du pigment, la dilata-

tion et l'oblitération des vaisseaux, l'extravasation du sang, la scléro-tico-choroïdite postérieure. Il permet en particulier de rechercher la dépendance qui existe entre certaines altérations de la choroïde et les maladies du corps vitré.

L'examen ophthalmoscopique de la rétine surtout a dévoilé des altérations qu'on n'avait jusque-là pu reconnaître pendant la vie, parce que les symptômes subjectifs, seuls appréciables, étaient toujours les mêmes et souvent sujets à caution : telles sont les hémorrhagies, les inflammations, la dégénérescence graisseuse, l'atrophie, les hypérémies, l'obturation des vaisseaux rétiniens. Dans tous ces cas, l'ophthalmoscope fournit au diagnostic, au pronostic et à la thérapeutique une base solide qui leur manquait à l'époque où l'on ne pouvait apprécier que les lésions fonctionnelles, sans même avoir aucune donnée positive sur la nature des lésions anatomiques, chose la plus essentielle. Il permet de reconnaître avec certitude, parmi les maladies désignées sous le nom d'amaurose, celles qui dépendent d'altérations de l'appareil oculaire lui-même, et celles qui prennent leur source dans les parties plus profondément situées. Il permet enfin de séparer nettement les maladies de la rétine de celles des autres parties de l'œil, et en particulier de celles du corps vitré.

Il résulte de cette discussion, que la 2e section tout entière s'est plu à reconnaître que l'ophthalmoscope était une des plus belles inventions de notre époque, et qu'elle ne peut qu'appuyer pleinement la solution donnée à la question par le Comité organisateur du Congrès. (Voir aux *Annexes* le procès-verbal de cette séance.)

M. Testelin (France). Je voudrais que l'honorable rapporteur qui a fait un rapport si intéressant, au lieu de dire : *un membre*, rendît à chacun ce qui lui appartient. Il y a dans le rapport des observations très intéressantes, et qui auraient plus de poids encore, si l'on savait quels sont les membres qui les ont présentées.

M. Crocq. Si je n'ai pas donné les noms, c'est qu'il n'est pas d'usage de les produire dans les rapports.

M. Sichel. J'appuie aussi l'observation. Si les discussions des sections sont imprimées, il est inutile de répéter les noms dans le rapport. Mais si le rapport est l'unique document qui reste, il est naturel qu'il y ait des membres qui tiennent à ce que leur nom y figure.

M. Serre (d'Uzès, France). Par respect pour le travail préparé par la Commission, la section de physiologie n'a pu s'occuper sérieusement que de l'ophthalmoscope. Cependant, comme il s'agit d'un terrain où se trouvent d'autres moyens d'investigation, j'avais pensé qu'on pouvait aussi exposer d'une manière générale, dans la section de physiologie, les idées qui se rattachent aux phosphènes, afin d'éclairer l'assemblée sur deux moyens qui ne se combattent pas, mais qui se

contrôlent. N'y avait-il pas avantage à mêler dans la discussion, d'une part l'ophthalmoscope, qui rend de si grands services ; de l'autre, les fonctions subjectives, qui éclairent d'une manière si remarquable une question, celle de l'amaurose, et enfin les fonctions objectives ordinaires?

Je demande à l'assemblée s'il ne me sera pas permis de donner à cet égard quelques renseignements. En présence de la discussion qui va s'ouvrir, et qui nécessairement portera sur des points communs, je crois qu'il y aurait avantage à me permettre de dire quelques mots sur le phosphène.

M. le Président. Nous vous entendrons avec beaucoup de plaisir ; mais je crois que ce n'est pas le moment. La question est de savoir si l'honorable rapporteur a reproduit fidèlement ce qui s'est passé dans la section. Si vous ouvrez une discussion à cet égard, vous rentrerez dans celle qui a eu lieu dans la section, et cela sera interminable ; vous êtes d'ailleurs inscrit pour une communication.

M. Serre (d'Uzès). Je crains que mon tour de parole ne vienne pas.

M. le Président. Vous êtes le premier inscrit.

M. Sichel (France). Plusieurs membres du bureau trouvent que si les procès-verbaux des sections ne sont pas imprimés, le rapport que vous venez d'entendre, quelque exact qu'il soit, n'est pas suffisant, et ils se réservent de demander qu'il entre dans plus de détails.

M. le Président. Quand ces messieurs auront produit leurs observations, nous verrons jusqu'à quel point on peut en tenir compte.

M. Crocq. Il me semble, Messieurs, qu'un rapport doit être le résumé succinct des motifs donnés à l'appui des décisions prises. Si j'avais voulu donner à l'assemblée les discussions, très intéressantes d'ailleurs, qui ont eu lieu dans la section, j'aurais dû apporter le procès-verbal et le lire d'un bout à l'autre.

Maintenant, Messieurs, je le répète : les procès-verbaux de la section sont très intéressants, la discussion a été approfondie plus qu'elle ne l'a peut-être jamais été ailleurs, et j'appuierai la motion faite par M. Sichel, de faire imprimer les procès-verbaux en même temps que les rapports.

M. Warlomont, secrétaire général. Je dois faire observer à l'assemblée qu'il n'a été pris aucune mesure pour faire recueillir les discussions des sections. Nous devons donc nous borner à prier messieurs les rapporteurs de faire leurs rapports aussi complets que leurs notes pourront le leur permettre. Ces rapports seront religieusement insérés dans le *Compte-rendu*.

M. Testelin. Je demande, Messieurs, qu'on imprime les procès-verbaux des sections ; ce sera une publication très intéressante. D'ailleurs, les membres qui ont pris la parole pourront faciliter le travail de messieurs les secrétaires en leur fournissant des notes. (*Applaudissements.*)

M. le Président. Je dois, Messieurs, faire une observation. M. Crocq est sténographe; il pourra reproduire facilement les discussions de la section dont il est secrétaire; mais messieurs les secrétaires des autres sections ne possèdent pas le même talent. Il me semble que la motion qui vient d'être faite est extrêmement tardive : si elle avait surgi le premier jour, le bureau aurait peut-être pu, en faisant les sacrifices nécessaires, avoir un sténographe pour chaque section. Il est impossible que les secrétaires reproduisent les discussions telles qu'elles ont eu lieu.

M. Sichel. J'ai demandé, au nom de plusieurs membres du bureau, l'impression des procès-verbaux. Ces procès-verbaux existent, ils ont été adoptés, et personne ne s'en plaint; qu'on les imprime tels qu'ils sont. On pourrait ouvrir une nouvelle souscription à cet effet, et je pense que tout le monde y prendrait part.

M. Crocq. Un des rédacteurs de la *Gazette hebdomadaire* de Paris, qui fait partie de la 2e section, a demandé communication des procès-verbaux de cette section, et il m'annonce qu'il désire les reproduire dans le journal. Voilà un mode de publication qui n'entraînerait aucune dépense pour le Congrès.

M. Warlomont, secrétaire général. Quelle que soit la publicité dont jouit la *Gazette hebdomadaire*, elle ne saurait remplacer celle du *Compte-rendu du Congrès*, lequel sera entre les mains de tous les membres de l'assemblée : ainsi, à supposer même que le bureau consentît à aliéner, au profit de cet estimable journal, la propriété des procès-verbaux, cela ne répondrait point, me semble-t-il, aux réclamations qui viennent de se produire.

M. le Président. Le Congrès veut-il charger le bureau de faire imprimer les procès-verbaux des sections autant que faire se pourra?

De toutes parts. Appuyé! appuyé!

M. le Président. Ainsi, l'incident est vidé.

La parole est à M. Serre (d'Uzès).

M. Serre (d'Uzès). Messieurs,

Je n'aurais pas demandé la parole dans le Comité général sans une circonstance toute particulière. Je puis la prendre, grâce à l'invitation de notre digne et honorable président : je me souviens de ses promesses, à la vue des drapeaux suspendus sur nos têtes, par lui invoqués, dès le début, comme le symbole de la libre discussion.

Je désire poser le premier jalon d'une discussion qui sera peut-être un peu vive, mais sûrement consciencieuse et fort parlementaire. S'il m'arrivait de dire quelque chose qui fût de nature à blesser, en quoi que ce fût, la valeur ou le caractère des hommes dont les opinions embarrasseraient mon chemin, je leur en demande pardon

d'avance, et je déclare que mon seul but est de concourir aux progrès de la science.

On m'a reproché, et officieusement rappelé, d'abuser des indications du *phosphène*. On a dit : « Le phosphène n'a ni la portée, ni la valeur que M. Serre lui donne» ; on a reproché à cette lueur sensorielle de ne pouvoir explorer qu'une certaine partie de l'œil. « Le doigt, a-t-on affirmé, ne peut pas arriver au fond de la cavité orbitaire, et il reste une portion qui échappe à son exploration. »

Il est certain qu'en faisant mouvoir l'œil sur lui-même, autour de son axe vertical, on peut l'explorer partout, excepté sur un centimètre de la partie la plus profondément située. Eh ! bien, Messieurs, sur ce même centimètre, je viens d'opérer une réduction de près de moitié, au moyen des indications du petit phosphène de Brewster.

Ce petit phosphène est une lueur indécise et peu accentuée, il est vrai, lorsqu'il est sollicité pendant le jour, à la lumière solaire, mais il devient resplendissant dans l'obscurité; quand on agite alors brusquement l'œil de droite à gauche et de gauche à droite, on aperçoit deux sensations lumineuses, en forme de croissant, dont la concavité est toujours opposée au sens du mouvement. Mais si l'on heurte la cornée par de petites secousses avec l'index, on remarque, dans le champ visuel obscur, et un peu en dehors de l'axe optique, non un fragment de cercle, mais un cercle presque entier, un peu ouvert dans sa partie inférieure, de forme de fer à cheval, à branches très rapprochées par leur extrémité.

On a opéré il y a quelques jours une cataracte sans explorer préalablement les phosphènes, et l'on croyait pouvoir agir sans autre guide qu'un reste trompeur de lumière *objective*.

L'opération, admirablement faite, n'a enlevé qu'un inutile voile.— Le malade n'a pas pu voir; l'autre œil, amaurotique à un degré très avancé, avait encore un reste de vue, révélé par la facile perception du petit phosphène, son compagnon fidèle. Donc ce phénomène lumineux, d'abord sans valeur, prend aujourd'hui celle d'un puissant moyen de diagnostic, car il donne une idée immédiate, directe, de l'état dans lequel se trouve la papille du nerf optique à l'exploration tactile, et réduit ainsi de près de moitié le *centimètre* de rétine que le phosphénoscope ne peut atteindre (1).

Le phosphène n'a pas la prétention d'enlever à l'ophthalmoscope les droits d'examen qu'il possède si légitimement, et devant lesquels il sait s'incliner; mais il revendique pour lui-même l'avantage de pouvoir constater, d'une manière *directe*, les altérations fonctionnelles de l'arbre nerveux cérébro-oculaire, alors que cet instrument ne dit rien, ou dit peu de chose à cet égard, si ce n'est par la voie *inductive*. Ce fait,

(1) M. Serre a abandonné la théorie du contre-coup par le flot ondulatoire du docteur Brewster pour expliquer le petit phosphène.

remarquable sous bien des rapports, sera digne peut-être de la bienveillante attention de cette assemblée, et dans ce but nous allons carrément mettre en présence ces deux moyens d'investigation séméiologique.

Tout ce qui se passe de matériellement appréciable dans l'intérieur de l'organe oculaire, l'ophthalmoscope le signale à l'œil de l'observateur. J'ai assisté aux expériences faites par notre honorable confrère M. Donders ; c'est un spectacle vraiment admirable ! Ce monde merveilleux d'organisation instrumentale s'est offert à nos regards comme s'il était dessiné, sur le papier, par un grand artiste. Cependant, l'éminent professeur, examinant l'œil droit d'une jeune malade, n'a découvert aucune lésion matérielle qui expliquât l'altération fonctionnelle de ce côté.

J'ai vu des malades, assez nombreux du reste, examinés avec l'ophthalmoscope par des hommes d'une grande science (offrant toute la garantie possible sous le rapport du maniement de cet instrument d'optique objective), renvoyés chez eux avec la confiance d'une légère et insignifiante hypérémie de la papille ; et cependant les phosphènes manquaient, pour la plupart, à l'appel méthodique qui leur était fait, quelques jours après la première exploration.

Pour ce qui est, Messieurs, des amauroses provenant du nerf optique, du chiasma, du cerveau lui-même, qui se soustrait entièrement à l'investigation ophthalmoscopique, il est des signes fournis par la vue ordinaire qui peuvent en manifester les souffrances ; mais ils sont souvent inutiles ou trompeurs ; nous dirons pourquoi en temps et lieu. Les plus habiles s'y sont laissé prendre, car à la profondeur où sont situées ces parties, si souvent affectées, l'ophthalmoscope ne peut pénétrer : ce terrain lui est complétement interdit, et nous savons quelle est la valeur inductive de l'examen *isolé* de l'état de la papille du nerf optique.

Dans ces cas d'amaurose d'origine profonde, quelle qu'en soit la cause, la vue s'altère et témoigne fatalement sa souffrance par une réduction successive et hiérarchique des phosphènes, telle, qu'au premier degré, c'est le phosphène *inférieur* qui disparaît ; en second lieu, c'est le *frontal*, ensuite le *temporal* et enfin le *nasal*. — Quelquefois cet ordre de disparition est troublé, mais l'expression diagnostique ne perd rien de son importance significative.

A l'aide de ce signe si simple, et à la portée de tout le monde, sans autre instrument que le doigt promené sur le *blanc* de l'œil, on obtient des résultats séméiologiques d'une saisissante précision.

Mais sortons de ce champ reculé de l'organisation oculaire, arrivons sur les parties les plus voisines de l'œil de l'observateur, et voyons ce que devient l'indication ophthalmoscopique, lorsque le *corps vitré* a perdu une partie de sa transparence. — Sa couleur grise se reflète au

fond de l'organe, trompe le médecin peu expérimenté, et dénonce une perte de *pigmentum* qui n'existe pas.

Ajoutons à ce voile léger un voile plus compacte, l'obscurcissement du cristallin; l'ophthalmoscope ne peut plus projeter, dans les profondeurs de l'œil, ses flots de lumière, et dès lors cet agent d'exploration est totalement désarmé.

Et maintenant, supposons, dans la chambre antérieure, un épanchement de sang, de pus; une cornée complétement opaque; la pupille fermée, comme une bourse étroitement serrée par ses cordons. Allons plus loin encore : jetez un voile épais, un châle sur la tête du malade, et le plus simple médecin de campagne, une personne même sans instruction, tout à fait étrangère à notre art, peut, en faisant glisser doucement son doigt sous ce dernier obstacle, ou à travers son épaisseur, mettre en jeu la sensibilité phosphénienne, qui donne immédiatement, et de la manière la plus exacte, une réponse catégorique sur l'état fonctionnel de l'arbre rétinien, les chances de l'opération à pratiquer, etc.

Plus la nuit est grande, plus les obstacles opaques sont multipliés, plus les difficultés matérielles se compliquent et s'enchevêtrent, plus sont claires et nettes les réponses de la rétine ainsi questionnée.

Je le dis ici, sans crainte d'être taxé d'exagération : l'indication phosphénienne, subjective, traitée avec tant d'indifférence et de dédain, franchit tous ces obstacles d'une manière victorieuse, leur emprunte même toute sa splendeur et révèle de la sorte, au premier venu, l'état intérieur de l'œil, celui des nerfs optiques du cerveau, en ce qui touche les lésions vitales de la vue.

A ces faits généraux, permettez-moi, Messieurs, d'ajouter une observation que je dois à l'obligeance d'un de nos honorables collègues :

Un homme distingué, présent à la séance, M. le docteur Leport, vient de me communiquer l'histoire d'une opération pratiquée sur un malade cataracté, qui avait une *pupille mobile*, et le *sentiment de la lumière très-prononcé.* En me remettant son observation écrite, il m'a prié de faire la rectification suivante : « j'ai écrit une pupille *mobile*, » je me suis trompé, je devais dire : « *extrêmement mobile.* »

L'opération fut faite dans ces conditions, reconnues pour être les meilleures à cette époque, et fort heureusement, quant à l'extraction de la lentille; mais le malade resta, avec le *sentiment de la lumière*..., dans la *nuit!!!* (1)

Cette brillante improvisation est couverte d'applaudissements.

(1) M. le docteur Rossander, professeur à Stockholm, consulté par un de ses confrères, sur le résultat probable d'une double opération de cataracte à faire sur deux yeux d'un malade dont l'un était sans phosphènes et l'autre avec phosphènes, fut d'avis qu'on opérât seulement ce dernier : le premier étant amaurotique, devait être respecté pour cause d'insuccès certain. — Nonobstant son avis, la cataracte fut enlevée sur les deux yeux. Celui qui n'avait pas de phosphènes resta dans l'obscurité, l'autre retrouva une excellente vue.

M. le Président. La parole est à M. Martin pour une communication.

M. Calvo y Martin (Espagne). Messieurs,

M. Sperino vous a communiqué dans la séance d'hier quelques observations très intéressantes, relatives à une simplification dans l'opération de la cataracte. Je désire à mon tour vous dire quelques mots sur le second temps de cette même opération, tel qu'il se pratique en Espagne, d'autant plus que nous avons constaté avec regret le silence que gardent la plupart des journaux de ce pays sur ce qui se passe chez nous.

Lorsqu'en 1840, je vins à Paris, après avoir été pendant deux ans élève de l'école et y avoir vu opérer les plus habiles chirurgiens, je croyais qu'il fallait couper la capsule cristalline en losanges, ainsi que c'est encore écrit dans tous les livres. Or, quand je revins en 1842 à Madrid, je m'empressai d'aller voir opérer MM. Guardia, Saez et Isern, qui jouissaient d'une grande réputation comme oculistes, et je fus fort étonné de voir avec quelle simplicité dans les appareils et quelle promptitude les deux premiers opéraient. Voici la méthode ordinaire et qu'on peut dire traditionnelle : notre kystitôme est une aiguille presque ronde qui coupe très bien des deux côtés. Dans le second temps, l'aide déprime la paupière inférieure avec le doigt indicateur; l'opérateur soulève la paupière supérieure avec le pouce et en même temps comprime un peu la partie supérieure de l'œil : de cette façon le cristallin est légèrement poussé en avant, presse sur l'iris dont la pupille se dilate, et l'aiguille rencontre ainsi immédiatement la capsule tendue, qu'elle divise facilement avec la pointe; alors, en continuant la même pression, la déchirure de la capsule s'élargit et la lentille sort presque toujours le plus facilement du monde, entraînant avec elle quelques lambeaux capsulaires.

Certes, cette façon de procéder n'a rien de bien extraordinaire; mais j'ai tenu à vous l'exposer brièvement, afin d'avoir l'occasion de protester contre le précepte d'inciser la capsule en losanges, précepte que l'on trouve indiqué dans tous les livres, et que personne ne met en pratique.

M. le Président. Il n'y a plus aucun rapport préparé; vous savez, Messieurs, que demain est le dernier jour de notre Congrès, à moins que vous n'en décidiez autrement. Nous autres, membres du bureau, laissant de côté toute convenance personnelle, nous nous mettons entièrement à votre disposition pour tout le temps qui vous sera agréable. Mais il est certain que, si votre intention est que le Congrès se renferme dans les quatre jours, vous ne pouvez plus discuter aucun rapport. Il faudra fixer votre attention exclusivement sur l'ophthalmie

militaire, à laquelle vous consacrerez le peu d'heures que nous avons encore à passer ensemble.

Il est nécessaire que je connaisse les intentions du Congrès. Mes pouvoirs ne s'étendent pas jusqu'à vous prescrire ce que vous avez à faire.

La partie pratique de la question relative à l'ophthalmie purulente est encore intacte, et je ne sais pas même s'il sera possible de la terminer, quelque zèle qu'on y mette. Car une matière de cette importance ne peut être traitée avec précipitation.

M. Thiry (Belgique). Messieurs, c'est avec bonheur que j'ai entendu les paroles de M. le Président, lorsqu'il vous disait, en ouvrant ce Congrès : «Il est une question qui ne se limite pas seulement à l'ophthalmologie dans sa spécialité, mais qui est pour ainsi dire humanitaire, et qui offre tant de gravité que la société tout entière demande à la voir éclaircie. Cette question, c'est celle de l'ophthalmie dite de l'armée. »

Il s'agissait donc d'avoir des éclaircissements sur ce sujet, et la circonstance était parfaitement trouvée, puisque nous avons ici, réunis, une foule d'hommes remarquables de différents pays.

Malheureusement, nous n'avons pas eu sur ce sujet les discussions que plusieurs d'entre nous avaient le droit d'espérer; je demanderai donc que le Congrès, dans ses derniers instants, fasse de cette question l'objet de mûres délibérations. Ce sera d'une haute importance. Quelles que soient les opinions émises, les solutions adoptées, les idées différentes se seront fait jour; chacun de nous, rentré dans ses foyers, les méditera à loisir, et il en résultera pour le bien-être de l'humanité les plus heureuses conséquences.

Si le Congrès veut bien entrer dans cette voie, je demanderai à lui soumettre quelques vues, différentes de celles qui lui ont été présentées jusqu'ici. Je le ferai avec conviction, sans prétention aucune, en ne demandant qu'une juste et impartiale appréciation.

J'ai entendu avec infiniment de plaisir le chaleureux discours de M. Serre; lui aussi avait une conviction profonde, et il l'a exprimée d'une manière brillante. Il est venu nous démontrer que le phosphène offrait des ressources de diagnostic là où l'ophthalmoscope était en défaut. La vérité ne se trouve pas dans une seule chose, elle se trouve dans tout; chacun de nous peut en avoir une portion.

En résumé, Messieurs, si le Congrès ne décide pas qu'il rouvrira la discussion, je demande à faire une communication sur l'ophthalmie dite *purulente,* contagieuse, granuleuse.

M. le Président. Vous allez être inscrit, mais il y a déjà plusieurs autres membres qui le sont avant vous pour faire des communications.

D'ailleurs, si vous n'avez pas l'occasion de produire la vôtre, elle sera insérée, si vous le désirez, dans le *Compte-rendu du Congrès.*

M. Thiry. Très volontiers, M. le Président.

M. Borelli (Sardaigne) lit un mémoire sur un nouveau procédé opératoire du staphylôme. (*V.* aux *Annexes.*)

La séance est levée à 3 heures 3/4.

Demain, comité général à une heure.

SÉANCE DU 16 SEPTEMBRE.

La séance est ouverte à une heure.

M. Warlomont, secrétaire général, donne lecture du procès-verbal de la séance précédente; la rédaction en est approuvée.

M. Rossi (Naples) lit une note sur l'état de l'ophthalmologie dans le royaume de Naples. (*V.* aux *Annexes.*)

M. le Président. La parole est à M. Vanzetti pour lire un rapport au nom de la 3e section.

M. Vanzetti. Messieurs,

La discussion a porté sur la sixième question du programme : « De quelle utilité l'occlusion palpébrale est elle dans le traitement « des maladies des yeux? Quelles sont les affections de l'œil qui en « réclament l'emploi, et quel est le meilleur mode de l'instituer? »

Un membre a proposé de modifier l'expression *comprimer* du projet de solution. Il ne croit pas que l'occlusion palpébrale puisse se proposer véritablement la compression de l'œil dans un but thérapeutique : dans son opinion, un œil malade ne peut supporter aucune compression, si minime qu'elle soit; il est d'avis que l'organe ne la pourrait supporter sans douleur; elle serait, par conséquent, plus nuisible qu'utile, et ne pourrait jamais immobiliser l'œil. Il ajoute que même l'œil sain ne pourrait, sans être considérablement incommodé, supporter une compression plus forte que celle qui lui vient *naturellement* des paupières.

Presque tous les membres de la section se rallient à cette observation : on décide, en conséquence, de substituer au mot *comprimer* celui de *contenir*.

Un membre propose de modifier l'expression du projet de réponse, là où il est dit que « l'occlusion palpébrale a pour but de favoriser l'action des remèdes en en prolongeant le contact avec les surfaces oculo-palpébrales. » Il fait remarquer que les paupières une fois fermées, il n'y a plus d'espace entre le globe oculaire et la face interne des paupières, et que, par conséquent, en fermant l'œil, les remèdes qui

sont appliqués sur le globe ou sur la conjonctive palpébrale en doivent être nécessairement chassés. A la suite d'une courte discussion, on conclut de substituer la phrase « en en prolongeant le contact avec l'appareil oculo-palpébral, » à celle proposée par le Comité.

Quelqu'un fait observer que, par l'occlusion palpébrale, on obtient un effet important qui n'a pas été signalé dans le projet de solution, et qu'il ne voudrait pas voir omis, c'est celui de l'uniformité de température dans laquelle est conservé le globe oculaire par l'occlusion, uniformité de température si nécessaire et si utile pour la guérison de toutes les maladies en général, et celle des maladies de l'œil en particulier. — Les membres de la section, se conformant aux vues de l'orateur, adoptent l'addition suivante : — « et enfin de permettre d'y maintenir « à volonté une température constante. »

Après les modifications du premier article du projet de réponse, on procéda à la question d'établir « de quelle utilité est l'occlusion palpébrale dans le traitement des maladies oculaires. »

Un membre fait d'abord observer que, du moment où l'on a voulu *donner une importance spéciale comme moyen de thérapeutique oculaire* à ce que l'on a cru devoir nommer *méthode par occlusion*, il a toujours éprouvé une certaine répugnance à admettre comme *extrêmement utile* un procédé qui se propose un but diamétralement contraire à celui avoué par la saine pratique chirurgicale. Il n'y a personne, dit-il, qui ne sache que le contact de deux surfaces muqueuses enflammées constitue toujours une circonstance fâcheuse pour la guérison des inflammations de ces membranes ; il n'y a personne qui ne sache qu'un moyen très puissant pour vaincre l'inflammation des muqueuses est d'en empêcher le contact : les chirurgiens sont bien contents de pouvoir interposer un corps étranger entre des muqueuses enflammées, l'expérience journalière leur ayant appris que la présence d'un corps étranger, d'ailleurs nuisible par lui-même, devient, au contraire, très efficace par cela seul qu'il est un moyen d'éloignement de deux surfaces muqueuses malades. Il rend hommage au Comité d'organisation du Congrès d'avoir proposé, parmi les questions à discuter, celle de l'occlusion palpébrale, car elle est de toute actualité, ayant même dans les derniers temps fortement occupé les plus célèbres académies. Il croit que cette question a été posée, non dans le but de s'évertuer à trouver des cas de maladies oculaires dans lesquels il est utile, en général, de tenir un œil forcément fermé, mais bien de se prononcer sur le point de savoir si les cas dans lesquels, naguère, la généralité des oculistes ne croyaient ni nécessaire ni utile d'obliger un œil malade à une occlusion forcée, doivent maintenant être soumis à ce mode de faire, que l'on a introduit sous le nom spécieux d'*occlusion palpébrale*, et que l'on donne comme un moyen très puissant de guérison.

Il s'agit enfin d'examiner si ce moyen est positivement aussi géné-

ralement utile qu'on voudrait le faire croire, ou si plutôt il ne pourrait pas être nuisible. C'est cette dernière manière de voir qu'on est porté à accepter quand on réfléchit qu'il s'agit d'une pratique contraire aux lois les mieux confirmées de la pathologie chirurgicale, lois auxquelles on ne peut admettre gratuitement que la pathologie oculaire puisse se soustraire.—Il émet donc l'opinion qu'il est inutile de discuter dans un congrès sur l'utilité de faire tenir aux malades les yeux fermés dans les cas d'ulcères, de perforation et de blessure de la cornée, dans la hernie de l'iris, dans les staphylômes récents, dans l'ophthalmoptose, et après t utes les opérations sur le globe oculaire. Dans tous ces cas, en effet, il n'y a pas d'oculiste qui n'ait depuis longtemps considéré comme nécessaire de tenir pendant un certain temps l'œil fermé, ou, en d'autres termes, qui n'ait pas mis en pratique l'occlusion palpébrale comme une chose dictée par le simple bon sens. Mais il croit important que les membres de la section prononcent leur savant jugement sur l'utilité de l'occlusion palpébrale dans les cas *de conjonctivite aiguë ou chronique, dans la kératite vasculaire et le pannus,* l'utilité de l'occlusion dans ces maladies pouvant être un sujet de controverse parmi les oculistes.

Il est dit dans le projet de solution que « l'occlusion palpébrale est « éminemment utile dans la conjonctivite aiguë ou chronique (lors- « qu'on n'a pas à craindre les effets d'une suppuration abondante sur « la cornée), dans la kératite vasculaire et le pannus. » Un membre fait observer que maintes et maintes conjonctivites aiguës, par l'usage de moyens appropriés, guérissent facilement sans obliger les malades à tenir les yeux fermés; il ne croit l'occlusion palpébrale, ni nécessaire, ni utile dans ces cas, qui pourtant se rencontrent dans la pratique journalière, et ne l'emploie jamais.

Quant à la kératite vasculaire et au pannus, il se demande si l'occlusion palpébrale n'est pas plutôt nuisible qu'utile. Il le croit pour son compte, et, à l'appui de son opinion, rappelle les cas où la kératite vasculaire et le pannus sont précisément bornés à cette portion de la cornée qui est recouverte par les paupières, surtout par la paupière supérieure : dans ces cas, la maladie s'est évidemment développée là où les deux surfaces muqueuses sont naturellement plus longtemps en contact. Il fait mention en outre de résultats fort heureux, et dont il a été témoin oculaire à l'Institut ophthalmique de Saint-Pétersbourg, résultats obtenus par la méthode de M. Lerche. Cet oculiste fort distingué, pour guérir les kératites chroniques et le pannus, renversait en dehors la paupière supérieure et l'obligeait à rester dans cette position, en faisant passer à peu de distance du bord libre, au moyen d'une aiguille, un fil dont les deux bouts étaient fixés au front. Par ce procédé, que l'auteur fit connaître il y a bon nombre d'années par la presse médicale, avec les résultats remarquables qu'il en avait obtenus.

on peut se convaincre combien est utile, même dans la pratique oculaire, la loi chirurgicale qui indique de tenir éloignées les surfaces muqueuses enflammées, au lieu d'en favoriser le contact, comme on le voudrait par l'occlusion palpébrale.

Un membre de la section, qui s'est occupé avec autant d'intelligence que de succès de la prothèse oculaire, déclare avoir toujours observé que les phlogoses chroniques du moignon oculaire disparaissent rapidement après l'application d'un œil artificiel, assertion qui prouve encore l'utilité d'obtenir, même par l'interposition d'un corps étranger, l'éloignement des deux surfaces muqueuses.

Le même membre lit à la section une note « sur l'utilité que l'on pourrait tirer dans certaines affections oculaires de l'emploi des coques protectrices de son invention. »

Plusieurs membres citent des cas où l'occlusion palpébrale, au lieu d'être utile, présente les inconvénients les plus sérieux. A la suite de ces discussions, la section propose de modifier l'article du projet de solution comme suit; remplacer la période comprise entre les mots : « l'occlusion est éminemment utile »... et ceux-ci : « et le pannus » par la proposition suivante : « l'occlusion peut être utile dans les ulcères, etc., » le reste comme dans le projet de solution.

Les deux derniers paragraphes sont ensuite adoptés sans autre modification que la substitution du mot « contenir » au mot « comprimer. »

Les diverses propositions contenues dans ce rapport sont successivement mises aux voix et adoptées.

M. le Président. La parole est à M. Binard, pour lire son troisième rapport sur les travaux de la 1re section.

M. Binard. Messieurs,

La 1re section a poursuivi et terminé l'examen de tous les articles se rapportant à la première question, celle de l'ophthalmie militaire. Elle a adopté, avec des modifications plus ou moins importantes, les propositions formulées par le Comité. Je vais avoir l'honneur de vous rapporter ces modifications :

Tout le titre II (p. 11 et 12), qui précède l'article 16°, a été retranché, et l'art. 16° lui-même, rédigé comme suit : « l'assainisse-
« ment et, s'il y a lieu, la désinfection des locaux (casernes, prisons,
« hôpitaux, etc.) et des objets à l'usage des soldats. »

Tout le titre III, *a*, *b*, *c* (p. 12), est admis sans discussion jusqu'à l'article 17°, qui est modifié de la manière suivante : « Eviter l'encom-
« brement dans les casernes, prisons, corps de garde, etc., en donnant
« à chaque homme au moins vingt mètres cubes d'espace. »

L'art. 18° est modifié comme suit : « Y entretenir un air pur, et veiller

« à ce que la plus grande propreté règne dans ces locaux et autour « du soldat. »

L'art. 19° est adopté sans changement.

A l'art. 20°, sur la proposition d'un membre, on a ajouté cette phrase : « Adopter pour les soldats l'usage général des chemises de « coton. »

L'art. 22°, faisant désormais double emploi avec l'art. 18°, est supprimé. On propose de le remplacer par l'article suivant : « Etablir « dans les casernes des lavoirs avec jets d'eau et robinets, permettant « à chaque soldat de se laver séparément, et à l'eau qui a servi de « s'écouler immédiatement au dehors. » L'adoption de cet article, discuté seulement quant à la rédaction, n'a eu lieu qu'après rejet d'une proposition tendant à munir chaque homme d'un vase particulier pour se laver, l'usage de ces vases étant loin d'offrir les avantages des appareils à eau courante.

A l'art. 24° les mots : « de maladies cutanées » ont été supprimés. L'art. 25° est adopté avec la rédaction du Comité. A l'alinéa suivant, les mots : « en temps de guerre » ont été retranchés.

La section passe à la discussion du titre IV. Les considérations qui précèdent le § 1er lui-même donnent lieu à de sérieuses discussions. Plusieurs membres se refusent à admettre la possibilité de l'existence de granulations latentes : Ou la maladie existe, disent-ils, ou elle n'existe pas ; or, pour qu'elle existe, il faut qu'elle soit appréciable à l'œil nu ; l'adoption de toute autre opinion pourrait avoir des conséquences immenses au point de vue gouvernemental surtout. D'autres, tout en reconnaissant que les mots : « granulations latentes » sont peut-être impropres, croient que le fait qu'ils tendent à exprimer est bien réel. Après une visite minutieuse, un soldat sera déclaré exempt de tout germe apparent d'une affection ophthalmique, et deux ou trois jours après, sans avoir été soumis à aucune contamination, il se trouvera atteint de granulations. N'y a-t-il pas là une raison suffisante d'admettre l'existence d'une période d'incubation? La section n'a pas adopté cette dernière manière de voir, et après avoir délibéré, elle a prononcé la suppression du § 1er.

Le § 2, qui devient le § 1er, est adopté avec ce changement, au lieu de : « n'est plus bornée » on a mis : « n'est pas bornée. » Les §§ 3 et 4 sont admis sans observations.

Le § 5 a donné lieu au dépôt de plusieurs amendements ; il a été modifié comme suit : « Enfin, sous l'influence de causes d'irritation « des organes oculaires, de mauvaises conditions hygiéniques, de « l'encombrement surtout, des faits prouvent que l'ophthalmie catar- « rhale, sporadique ou épidémique, peut revêtir les caractères de « l'ophthalmie dite *militaire,* et servir de point de départ à une nou- « velle épidémie. »

Tout le reste du travail du Comité, depuis l'art. 26° jusqu'à la fin, a été adopté presque sans discussion. (*Applaudissements.*)

M. le Président. Ne pensez-vous pas, Messieurs, que pour ne point perdre de temps, il conviendrait de lire uniquement les articles que la section propose d'amender, et de considérer les autres comme adoptés?

Cette proposition est approuvée.

Les diverses propositions de la section sont ensuite successivement mises aux voix et adoptées.

M. le Président. Messieurs, j'ai reçu hier soir une lettre par laquelle l'administration des hospices nous informe que messieurs les membres du Congrès seront admis à visiter tous les établissements hospitaliers de la ville de Bruxelles, sur la simple présentation de leur carte de membre.

Des remercîments seront adressés à l'administration des hospices.

Maintenant, Messieurs, j'ai une communication à vous faire au nom du bureau.

Quelques membres du Congrès ont exprimé hier le désir de voir insérer *in extenso* dans le Compte-rendu de ses travaux les procès-verbaux des séances des sections. Pris à l'improviste, et sous la préoccupation des grandes difficultés qui lui semblaient s'opposer à la réalisation de ce désir, le bureau n'a pu s'empêcher de vous exposer ses doutes. Cependant, au sortir de la séance, il s'est réuni pour examiner la question de plus près, et, ayant obtenu de messieurs les secrétaires sectionnaires l'assurance qu'ils sont en mesure de fournir les matériaux nécessaires, le bureau s'empresse de vous déclarer qu'il sera fait droit à la réclamation. — Son vœu le plus sincère et le plus ardent est de satisfaire pleinement et en tout point au désir de messieurs les membres du Congrès. Aussi, quels que soient les sacrifices que leur coûtera l'exécution d'un travail qui n'était pas dans ses prévisions, il sera heureux de se les imposer pour vous donner une nouvelle preuve de sa volonté de vous être agréable, et concourir à rendre aussi complète que possible la relation des délibérations d'une assemblée qui, par l'illustration de ses membres et la grandeur de ses débats, a pris tout d'abord une des premières places dans la hiérarchie des associations scientifiques.

Cette communication est accueillie par d'unanimes applaudissements.

M. le Président. La parole est à M. Crocq pour faire un rapport au nom de la 2e section sur la 3e question.

M. Crocq. Messieurs,

La deuxième question soumise à la section est la suivante :

« Quels sont les agents qui concourent ou qui président à l'accommodation de l'œil? »

La commission organisatrice avait, dans son projet de solution, exposé la doctrine suivante, qui ressort surtout des travaux de Helmholtz. (*V.* p. 16.)

M. Arlt, de Vienne, accorde au contraire une grande part, la plus grande peut-être, à la contraction des muscles externes de l'œil. Il a développé toute une doctrine nouvelle, qui se résume dans les théorèmes suivants :

1° L'acte de l'accommodation se fait par la contraction simultanée des muscles droits et obliques de l'œil et du muscle ciliaire;

2° L'action seule des différents muscles externes de l'œil, déterminant une compression de la partie équatoriale du globe, produirait un allongement de l'axe optique, tant au pôle antérieur qu'au pôle postérieur; en même temps, la convexité de la cornée serait diminuée;

3° L'allongement de l'axe optique au pôle postérieur n'éprouve aucun obstacle;

4° L'allongement de l'axe optique au pôle antérieur est entravé par l'action du muscle ciliaire. Ce muscle se compose de deux parties :

a) D'une partie extérieure, qui ne contient que des faisceaux de fibres longitudinales; *b)* d'une partie intérieure, dont les faisceaux s'entrecroisent en divers sens, se rapprochant surtout de la direction circulaire. Cette disposition anatomique explique comment la contraction de ce muscle s'oppose à l'extension de la périphérie de la cornée, et en même temps comment il produit un relâchement de la zône de Zinn, par lequel le cristallin, grâce à son élasticité, peut devenir plus convexe;

5° C'est à tort qu'on a nié l'existence de la chambre postérieure de l'œil. Elle existe réellement et rend impossible toute pression de l'iris sur le cristallin.

6° L'iris n'a aucune influence sur le changement de forme du cristallin. Le rétrécissement de la pupille, la rétrogression de la partie périphérique de l'iris, et la progression du bord pupillaire, qui accompagnent l'acte de l'accommodation, ne sont que des phénomènes accessoires.

M. Arlt ajoute à ces propositions, que le muscle orbiculaire des paupières lui-même n'est pas sans avoir une certaine action dans l'acte de l'accommodation.

Il appuie ses premiers théorèmes, relatifs à l'allongement du globe oculaire par la pression simultanée des muscles droits et obliques sur la partie équatoriale, sur les faits suivants :

1° La myopie se développe, vers l'âge de 15 à 20 ans, chez les jeunes gens qui regardent longtemps de petits objets, qui lisent beaucoup, sans qu'on puisse invoquer un état congénial, ni une inflammation. Or, dans la myopie, il y a allongement du globe oculaire, et cet allon-

gement est devenu permanent à force d'avoir été répété par des accommodations continuelles;

2° Le staphylôme postérieur coïncide très souvent avec les opacités centrales de la cornée et du cristallin;

3° Le globe oculaire présente sur le vivant une tension qu'il ne possède plus après la mort; cette tension est due à la tonicité des muscles qui s'insèrent à la sclérotique. Elle est tellement prononcée que, lorsqu'on veut chez le lapin faire l'extraction du cristallin, celui-ci est de suite lancé au dehors par la plaie de la cornée;

4° L'œil devient plus mou après l'application du chloroforme;

5° Les myopes y voient mieux lorsqu'ils compriment le globe oculaire d'avant en arrière;

6° La paralysie du nerf oculo-moteur commun anéantit la faculté d'accommodation.

On a fait à ces propositions les objections suivantes :

1° Aucune expérience ne constate l'action musculaire dans l'acte de l'accommodation.

2° L'accommodation a encore eu lieu dans un cas de paralysie de tous les muscles oculaires. — M. Arlt répond que dans ce cas on n'a pas tenu compte de l'action du muscle orbiculaire des paupières, qui n'était pas paralysé.

3° Après la section de tous les muscles, on a vu le galvanisme changer encore la position du cristallin.

4° La tension du globe oculaire, signalée par M. Arlt, est due à la pression du sang chassé par le cœur; la diminution de cette tension par la chloroformisation dépend du ralentissement des mouvements de cet organe.

5° La vision continue d'objets rapprochés, qui exigent que l'on soit penché en avant, comme celle des caractères d'imprimerie, détermine une congestion oculaire, et cette congestion peut amener à sa suite, par son renouvellement fréquent, la myopie et le staphylôme postérieur.

Cette congestion, dit M. Arlt, est bornée aux parties antérieures de l'œil; elle est déterminée par la pression qu'exercent les muscles. La preuve, c'est que le reste du visage n'est pas congestionné. D'ailleurs, si la congestion est la même partout, pourquoi est-ce toujours en arrière des insertions musculaires que le staphylôme se forme?

6° Parfois les muscles de l'œil sont parfaitement développés, et pourtant l'accommodation ne se fait pas.

7° Le staphylôme postérieur se voit dans des yeux qui n'ont pas été exercés, dans lesquels par conséquent les muscles n'ont pas agi pour produire un allongement habituel.

8° La paralysie du nerf oculo-moteur commun ne paralyse pas seu-

lement les muscles externes, mais aussi l'iris et le muscle ciliaire.

9° La sclérotique présente fort peu d'élasticité; donc les changements produits dans la forme du globe par la contraction des muscles doivent être bien faibles. Cependant, pour que l'accommodation pût avoir lieu par l'allongement du globe oculaire, cet allongement devrait pouvoir aller jusqu'à deux millimètres, ce qui est loin de la vérité. — M. Arlt répond que l'action des muscles externes est essentielle sans doute, mais qu'elle n'est pas seule.

10° L'allongement de l'œil au pôle postérieur ne se fait pas sans obstacle ; car c'est là justement que la sclérotique offre la plus grande épaisseur.

11° Une pression suffisante pour vaincre la résistance de la sclérotique et déterminer l'allongement de l'œil produirait des phosphènes et le pouls artériel de la rétine, et anéantirait par conséquent la faculté visuelle.

Tels sont, Messieurs, les arguments qui ont été émis pour ou contre la théorie de M. Arlt. Vous voyez qu'ils ne décident pas complètement la question. Cependant, selon M. Arlt lui-même, le globe oculaire présente pendant la vie un état continuel de tension, et vous savez combien peu une sphère tendue est susceptible de se laisser comprimer et de changer de forme. La sclérotique est une membrane fort peu élastique, et plus épaisse en arrière que partout ailleurs; et il ne faut pas une pression bien forte sur le globe pour déterminer des phosphènes et des altérations visuelles.

On comprend difficilement d'après cela comment la compression exercée par les muscles externes pourrait produire un changement de forme, un allongement suffisant pour agir d'une manière bien efficace dans l'acte de l'accommodation.

Les trois premières propositions de M. Arlt rencontrent donc de sérieuses difficultés, et, pour pouvoir être admises, exigent de nouvelles preuves, et surtout, comme l'a fort bien dit un membre, des preuves expérimentales.

La quatrième proposition de M. Arlt est relative à la composition et à l'action du muscle ciliaire, dont la contraction relâche la zone de Zinn, et permet au cristallin, grâce à son élasticité, de devenir plus convexe.

Un membre a fait observer qu'un de ses compatriotes, M. Van Reeken, a déjà dessiné les fibres obliques signalées dans le muscle ciliaire par M. Arlt. Un autre croit que l'élasticité du cristallin mise en jeu par le relâchement de la zone de Zinn, ne suffit pas pour expliquer les changements considérables de courbure que ce corps subit vers ses parties centrales, et qui ont été indiquées par Helmholtz. — M. Arlt et un autre membre citent des faits où l'accommodation avait encore lieu après l'extraction du cristallin, et par conséquent sans lui, mais

on révoque en doute ces faits, dans lesquels peut-être l'accommodation a été purement apparente.

Vous voyez par là, Messieurs, que le rôle du cristallin lui-même, dans l'acte de l'accommodation, est encore loin d'être bien fixé, quoiqu'il soit positivement démontré que ses changements de forme possèdent une grande influence.

La 5me et la 6me proposition de M. Arlt sont relatives à l'existence de la chambre postérieure de l'œil et à l'action de l'iris sur les changements de forme du cristallin, action qui, selon M. Arlt, est tout à fait nulle.

Voici les arguments sur lesquels il se base :

1° La hernie de l'iris serait impossible s'il n'y avait un liquide derrière lui, s'il n'y avait pas une chambre postérieure. Cela n'empêche pas que l'iris ne vienne, par son petit cercle, se mettre en contact avec la capsule du cristallin.

2° L'existence de cette chambre postérieure rend nulle la pression exercée par l'iris sur la capsule, les deux chambres de l'œil n'étant pas séparées.

3° Dans les cas d'adhérence de l'iris à la cornée et de coloboma, l'accommodation a lieu sans que l'iris puisse presser sur le cristallin.

4° L'iris est tout à fait plat dans des yeux dont la faculté d'accommodation est complète; il est bombé au contraire dans des yeux presbytes.

5° Un membre a eu l'occasion de voir un jeune médecin qui peut, à volonté, dilater ou rétrécir sa pupille; or, la pupille ne changeant pas de dimensions, il sait voir à toutes les distances.

Voici les objections faites à cette manière de voir :

1° L'existence de la chambre postérieure n'empêche pas le petit cercle de l'iris de venir presser contre le cristallin.

2° Les expériences de Ludwig ont démontré que la pression de l'humeur aqueuse dans la chambre antérieure augmente lorsqu'on examine des objets rapprochés; l'iris doit, par cette pression, autant que par sa contraction, se maintenir contre le cristallin et empêcher la communication de la chambre antérieure avec la chambre postérieure.

3° Il est vrai que, dans les cas de coloboma et d'adhérences de l'iris à la cornée, l'accommodation se fait encore, mais on ne sait pas si elle est complète; d'ailleurs, dans ces cas, l'iris peut encore agir par pression sur le cristallin, par les points qui sont en contact avec lui. Il y a aussi des cas où l'iris est flottant, et où pourtant l'accommodation est bonne; mais cela ne prouve pas que l'iris ne fasse rien : cela prouve uniquement qu'il ne fait pas tout, qu'il ne fait peut-être même pas beaucoup.

De ce qui précède, il résulte que l'action de l'iris est loin d'être

bien établie ; cependant, quand on réfléchit que, dans l'acte de l'accommodation, il se modifie d'une manière constante, on doit bien admettre que cette modification a un but, que par conséquent l'iris, comme on l'a dit, est pour quelque chose dans ce phénomène, n'y jouât-il du reste qu'un rôle secondaire.

Un membre pense que les muscles extérieurs, le muscle ciliaire et l'iris sont étrangers à l'acte de l'accommodation. Celui-ci reconnaît pour cause les modifications de la forme du cristallin, et celles-ci sont déterminées par un organe spécial, par des fibres circulaires qui existent dans les procès ciliaires, en avant de la capsule du cristallin.

De la discussion qui précède résultent les conséquences suivantes :

1° Personne n'a contesté les faits contenus dans le projet de solution du Comité d'organisation du Congrès ; les modifications dans la forme du cristallin et dans les diamètres de la pupille sont généralement admises.

2° On ne peut pas dire, dans l'état actuel de la science, jusqu'à quel point la contraction de l'iris agit dans l'acte de l'accommodation.

3° Les muscles externes de l'œil paraissent avoir une part d'action dans l'acte de l'accommodation ; mais cette part ne peut encore être parfaitement déterminée. Pour ce point comme pour l'influence de l'iris, nous devons attendre de nouvelles expériences avant de prendre des conclusions définitives. (*Applaudissements.*) (Voir aux *Annexes* le procès-verbal de cette séance.)

M. Testelin (France). Je désirerais, Messieurs, non pas faire une objection, mais obtenir un renseignement sur un seul point. Comment les partisans de l'opinion adoptée par la 2e section expliquent-ils que l'iris puisse agir sur la face antérieure du cristallin? Jusqu'à quel point admettent-ils que cette action puisse aller? J'ai intérêt à poser cette question, car parmi les travaux envoyés à l'examen de ma section, il s'en trouve un dont l'auteur propose l'emploi de la belladone dans le traitement médical de la cataracte. Or, voici sur quoi il se fonde ; il conseille de dilater fortement la pupille à plusieurs reprises, à l'aide de ce mydriatique, puis de la laisser revenir à son état normal, dans l'espoir que, dans ces changements alternatifs, l'iris pourra agir assez fortement sur le cristallin pour déterminer la rupture de sa capsule antérieure et amener ainsi l'absorption de la lentille opaque. La 2e section croit-elle à la possibilité de ce phénomène?

J'avoue, pour mon compte, qu'avant d'avoir entendu les argumens qui peuvent être cités à l'appui de l'opinion qui admet que l'accommodation de l'œil aux distances est en partie due à l'action de l'iris sur le cristallin, je ne croyais pas que la chose fût possible. Cela suppose, en effet, qu'il n'existe point de chambre postérieure, et que l'iris se trouve immédiatement en contact avec le cristallin. Mais tous ceux qui se sont

livrés à l'étude microscopique de cette lentille, savent que ce n'est pas une petite difficulté que de la débarrasser du pigment de l'uvée. Quelque précaution que l'on prenne en enlevant l'iris, pour peu que la face postérieure frotte contre la capsule cristalline, celle-ci reste couverte de pigment. Dans les mouvements brusques de contraction et de dilatation que subit souvent la pupille sous l'influence des variations d'intensité de la lumière, il s'exercerait un frottement considérable entre la face postérieure de l'iris et le cristallin, s'ils n'étaient séparés par une couche d'humeur aqueuse, et le pigment devrait également se détacher. Or, c'est ce qui n'a pas lieu, donc il y a une chambre postérieure ; et comment l'iris peut-il alors déterminer un changement de forme du cristallin ?

M. Crocq, rapporteur. M. Testelin ne comprend pas bien comment l'iris, appuyant contre le cristallin, peut exercer une influence sur les modifications de ce dernier.

L'iris presse par son petit cercle contre la circonférence du cristallin, mais celui-ci ne peut pas reculer par suite de la résistance que lui oppose le corps vitré situé en arrière de lui. Qu'est-ce donc alors qui doit avoir lieu? C'est un changement dans la forme du cristallin. La partie centrale doit devenir plus convexe, les parties les plus molles étant refoulées de la périphérie vers le centre. Voilà comment, d'après les explications qui ont été données, l'iris peut prendre part à l'augmentation du diamètre antéro-postérieur du cristallin.

L'iris cependant n'agit pas seul; il y a aussi le muscle ciliaire, dont la contraction amène le relâchement de la zone de Zinn, et permet par conséquent au cristallin d'obéir à son élasticité, en vertu de laquelle sa circonférence diminue, tandis que son diamètre antéro-postérieur augmente.

Voilà comment il faut comprendre l'action simultanée de l'iris et du muscle ciliaire.

M. Guépin (France). Messieurs, je n'ai pas vu dans le rapport qu'il fût question de cette circonstance, que quelquefois les vues sont excellentes dans des conditions qui, *à priori*, paraissent détestables. A chaque instant, l'on est frappé de voir des théories, auxquelles on a cru jusqu'alors, détruites par des faits qui semblent inacceptables au premier abord. Ainsi, par exemple, on est disposé naturellement, quand on quitte les bancs de l'école, à attacher une grande importance aux fonctions de l'iris; eh bien! l'on ne tarde pas à rencontrer dans le monde des individus qui n'ont pas d'iris, et qui cependant jouissent d'une excellente vue. J'ai eu l'occasion de rencontrer un militaire qui a fait toutes les campagnes d'Afrique, qui a une vue excellente, parfaite, et qui cependant n'a pas l'ombre d'un iris. Il m'a été impossible de me rendre compte de ce phénomène. C'est un fait que la science n'a pas encore expliqué.

Je crois, Messieurs, que beaucoup d'entre vous ont rencontré des individus qui, ayant été opérés de la cataracte et partant n'ayant plus de cristallin, chez lesquels l'accommodation se fesait très bien ; ils pouvaient voir sans lunettes. Je connais une jeune fille de onze à douze ans qui est myope, qui n'a plus de cristallin, et qui voit très bien avec des lunettes nº 7. Ce fait, je ne puis m'en rendre compte. Voilà une très mauvaise condition visuelle, et cependant la vision est très bonne.

J'ai eu dans ma clientèle un homme qui vit encore. Je l'avais opéré d'une cataracte à un œil, et je croyais avoir eu simplement un bon résultat, lorsqu'un confrère m'écrivit : « Vous croyez avoir seulement bien fait, vous avez fait beaucoup mieux que vous ne pensiez. Votre homme voit aussi bien d'un œil que de l'autre. » J'ai voulu vérifier le fait. J'ai écrit à cet homme. Il m'a répondu une lettre détaillée, me disant aussi qu'il voyait également bien des deux yeux, qu'il m'écrivait en fermant tantôt un œil, tantôt l'autre, et qu'il ne voyait pas de différence. Ces faits sont exceptionnels; mais une théorie, pour être complète, doit rendre compte de tous les faits connus.

En voici un autre qui m'a beaucoup embarrassé encore. J'ai eu à opérer de cataracte un homme qui avait passé entre les mains du meilleur élève de Dupuytren, et d'un oculiste attaché à la duchesse de Berry. On avait échoué à l'œil gauche; il s'agissait d'une cataracte très étroite, congéniale. Je me défiais de moi pour l'œil droit ; je me demandais pourquoi l'on avait échoué ; je sentais que si des hommes d'une grande habileté n'avaient pu réussir, probablement si je suivais le même procédé, je ne réussirais pas non plus. Je coupai alors le tiers de l'iris ; je fis une grande pupille artificielle, et je laissai la cataracte en place. Eh bien! cet homme jouit d'une vue bien supérieure à celle de beaucoup de personnes de ma connaissance que je considère comme ayant une bonne vision.

A ces faits j'ajouterai une dernière observation. Je ne la présente pas pour qu'on y réponde. Je la présente seulement pour que nous y réfléchissions tous.

M. l'ingénieur Vallée est un des hommes qui ont le mieux écrit sur la vision ; il a soulevé cette grande question de savoir si l'on pourrait trouver géométriquement une courbe telle qu'elle permît, quelles que fussent les conditions de l'intérieur de l'œil, pourvu que les corps qui s'y trouvaient eussent des surfaces régulières, que l'image fût nette au fond de l'œil. M. Vallée est un géomètre du premier mérite. Il a présenté sur ce point un mémoire à l'Académie des sciences. Ce mémoire est resté longtemps sans examen. Enfin une commission a été nommée, et elle a approuvé complétement les travaux de M. Vallée. Je ne me permets pas de les juger; il y avait là une équation du 4e degré qui n'était pas commode du tout, mais je me suis permis ceci : J'ai dit, je vais faire une réduction graphique, et cette courbe étant réduite graphique-

ment, je verrai de quelle manière elle correspond aux courbes que je connais. Ainsi cette courbe réduite peut, dans l'espace de deux millimètres, se confondre graphiquement, même étant très finement dessinée, avec une parobole ou un cercle très étendu.

Eh bien! voici un fait qui s'est offert à mon observation, et qui s'est présenté plusieurs fois chez des personnes d'un âge avancé et qui avaient beaucoup travaillé. Il arrive souvent qu'il y a chez ces personnes une polyplopie. Si on leur présente une lumière à trois ou quatre mètres, elles voient une lumière bifide ou trifide; à une distance plus grande, elles voient la lumière sous la forme d'une ellipse. Si l'on place la lumière en face d'un miroir ordinaire et que ce miroir soit très loin en arrière, elles voient nécessairement cette ellipse. Mais si l'on rapproche le miroir et qu'il soit d'une autre nature, c'est-à-dire qu'il soit sphérique ou convexe, alors le phénomène change totalement; elles ont une ellipse lumineuse devant les yeux.

Dans ce cas je me suis dit ceci : Ne pourrait-on pas modifier les conditions de la vision, en plaçant devant l'œil quelque chose qui fit que la partie de la cornée qui doit être une optoïde composée coïncidât avec la partie de la cornée par laquelle se fait la vision.

La première fois que cette idée me vint, je me servis tout d'abord d'une lorgnette de spectacle, puis ensuite de deux tuyaux sans verre, et dans ces deux cas je reconnus que la vision multiple avait disparu.

Je ne tire aucune conséquence de ces faits. Je regrette vivement de n'avoir pas reçu de la brillante discussion qui a eu lieu dans la section les enseignements que je désirais. Mais je trouve que la question est très complexe, très difficile, et je désirerais voir constater ce fait, qu'il y a des individus qui, dans des conditions de vision détestables en apparence, bouleversent complétement nos théories. Aussi je me rappelle la théorie que fesait enseigner dans mon jeune âge M. Arago, et aujourd'hui je n'y crois plus du tout.

M. Testelin. Je ferai observer à l'honorable rapporteur qu'il n'a pas rencontré mes objections.

J'ai demandé si l'opinion de la section est que l'action de l'iris peut être assez forte pour provoquer la déchirure de la capsule.

M. le rapporteur n'a pas répondu non plus à la partie de mes objections relatives au détachement du pigment.

Il m'a dit que l'iris agissait par sa petite circonférence, qui viendrait s'appliquer sur celle du cristallin. Alors je changerai ma question et je demanderai comment il peut se faire que, dans la vision ordinaire, l'iris puisse se déplacer à tel point que sa petite circonférence vienne s'appliquer sur celle du cristallin. Cela me paraît tout à fait impossible, et exigerait au préalable une dilatation énorme de la pupille, plus considérable même que celle que l'on obtient à l'aide de l'atropine.

M. Crocq, rapporteur. Je n'ai pas répondu à ces objections, faute de les avoir entendues. M. Testelin a demandé si l'action de l'iris était assez forte pour produire la déchirure de la capsule. Je lui répondrai que je ne connais aucun fait où la déchirure de la capsule se soit produite par l'action de l'iris; que par conséquent l'expérience, que seule nous devons invoquer ici, a répondu négativement.

Il a dit que, sur le cadavre, dès que l'iris touche le cristallin, le pigment se détache. Mais sur le cadavre on observe cela 24, 36, 48 heures après la mort.

M. Testelin. Je l'ai observé immédiatement après la mort sur des yeux d'animaux que je venais de sacrifier.

M. Crocq. M. Testelin affirme qu'il a observé ce phénomène sur des yeux tout frais. Un membre de la section, M. Arlt, l'auteur de la nouvelle théorie que je viens d'exposer, nie positivement le fait. En présence de la négation d'un côté et de l'affirmation de l'autre, de la part de deux hommes également savants et honorables, nous devons conclure que l'un et l'autre cas peuvent se présenter. Cependant je crois qu'il est plus normal que le pigment ne se détache pas. Je pense que si le pigment se détache, c'est par suite de quelque circonstance étrangère, soit nécrologique, soit pathologique, et il est probable que cette circonstance aura échappé à M. Testelin. En effet, c'est un fait que le petit cercle de l'iris touche le cristallin; dans ses mouvements, il doit donc frotter contre lui; et pourtant on ne voit pas que le pigment soit enlevé. Je demanderai ensuite par quelle force on pousse l'iris vers le cristallin, lorsque le pigment se détache? C'est sans doute avec le doigt ou avec quelque corps étranger : eh bien ! je dis qu'on ne peut en aucune façon mettre cette action en parallèle avec la pression exercée par la contractilité musculaire de l'iris.

M. Testelin est aussi revenu sur l'explication que j'ai donnée tout à l'heure de l'action de l'iris sur le cristallin. Je me suis servi du mot circonférence du cristallin; c'est une expression impropre qui m'est échappée, j'aurais dû dire la partie périphérique du cristallin, par opposition à la partie centrale.

Quant aux cas qui ont été signalés par M. Guépin, ces cas n'ont pas été passés sous silence dans la discussion qui a eu lieu au sein de la section. Différents membres sont venus également signaler des cas dans lesquels il y avait absence d'iris, déviation de l'iris, coloboma, absence de cristallin, et où cependant la vision existait. C'est précisément à cause de ces cas que la plupart des membres de la section ont été d'accord que l'action de l'iris n'était pas encore déterminée d'une manière positive.

Tout ce que nous savons, comme le dit le rapport, c'est qu'il y a certains mouvements qui se produisent dans l'iris, qui se produisent d'une façon constante dans la généralité des cas, et qui doivent par

conséquent présenter quelque liaison avec les phénomènes de l'accommodation. Si cela n'était, ces phénomènes n'existeraient pas, ils n'auraient pas de raison d'être, et tout dans la nature a sa raison d'être, même quand nous ne parvenons pas à la saisir. Quant à l'action du cristallin, on a cité des cas, on a cité des individus qui n'avaient plus de cristallin et qui pouvaient lire à des distances considérables. Ainsi, on a cité une personne qui, avec des lunettes n° 1, pouvait lire depuis une distance de huit pouces jusqu'à une distance de vingt pouces. Mais ces faits s'expliquent de la manière suivante : Les points lumineux peuvent se dessiner sur la rétine en formant des cercles de diffusion ; les images ainsi produites ne seront pas nettes, mais elles permettront cependant de reconnaître les objets, même de lire, surtout si l'individu en a l'habitude. Il ne se fait donc pas une accommodation véritable. Il y a seulement accommodation incomplète, ou plutôt apparente. Le seul moyen de vérifier si l'accommodation est véritable et complète, c'est de soumettre l'individu à la mesure optométrique ; alors on peut reconnaître s'il y a réellement vision nette. Sans ce moyen, on ne peut rien dire de positif : parce que l'individu sait lire, on ne peut en tirer la conséquence qu'il y a réellement accommodation.

M. Sichel (France). M. Arlt me charge de vous présenter une observation. Il ne croit pas que l'iris ait une part dans l'acte de l'accommodation, et il se base sur cette considération : si l'iris agit sur le cristallin, ce n'est que par sa contraction ; alors ce serait seulement la partie centrale qui agirait; celle-ci presserait sur le cristallin d'avant en arrière, contracterait, étranglerait pour ainsi dire la capsule, et nécessairement la capsule devrait être pressée, ce qui n'est pas.

M. Arlt ne croit donc pas que l'iris prenne une part à l'acte de l'accommodation.

M. Crocq, rapporteur. Je répondrai à M. Arlt : que ce n'est pas tout à fait par une ligne géométrique que l'iris touche la capsule du cristallin, mais par une surface, par toute la surface voisine du petit cercle, de sorte qu'il n'y a pas étranglement, mais compression. Les parties les plus molles du cristallin sont poussées de la périphérie vers le centre, celui-ci se bombe, et la première s'aplatit en proportion.

M. le Président. Personne ne demande plus la parole, je déclare la discussion close.

La parole est à M. J. Ansiaux pour faire un rapport au nom de la 3e section.

M. J. Ansiaux (Belgique). Messieurs,

Chargé par la 3e section des fonctions de rapporteur sur la septième question qui a été soumise à son examen, j'ai l'honneur de vous faire

connaître qu'il y a été répondu affirmativement, à l'unanimité, et de vous exposer les considérations qui ont dicté cette réponse.

La question n'est pas neuve en Belgique, car en 1851, au Congrès d'hygiène, M. Hamelrath, d'Ypres, membre de la section, avait déjà proposé de ranger les instituts ophthalmiques parmi les établissements dont la création était nécessaire sous le rapport hygiénique.

L'histoire, si palpitante d'actualité, de la marche envahissante et des nombreuses victimes de l'ophthalmie granulée contagieuse parmi les armées, et parmi les populations civiles de la plupart des pays de l'Europe, suffit pour démontrer l'intérêt d'hygiène publique qui domine cette question : *Est-il utile qu'il existe des établissements spéciaux pour le traitement des maladies oculaires*? Sous ce point de vue seul, il est plus qu'utile que de semblables établissements se multiplient, car l'intérêt de la société et sa sécurité commandent en général, comme première règle, l'isolement d'individus possédant le triste privilége de pouvoir communiquer à leurs semblables le mal dont ils sont atteints. L'utilité de cette mesure est élémentaire et s'offre d'abord à la pensée comme le moyen le plus efficace de s'opposer à la propagation et à l'extension du mal. Des asiles consacrés au traitement des ophthalmiques en général, et surtout des ophthalmiques contagieux, sont donc des établissements commandés par une administration sage, prudente et comprenant ses devoirs. Leur érection est une œuvre humanitaire et hygiénique à la fois; cela est positif, et nous pensons que, si on les considère sous le rapport du traitement de l'ophthalmie contagieuse, personne ne contestera la haute utilité, la nécessité même des instituts ophthalmiques.

L'État, la commune les réclament au même titre, car c'est aux diverses administrations de pourvoir à l'entretien des infirmes et des malheureux; la dépense qui en résulte et qui devient une charge permanente peut être évitée en ouvrant aux ophthalmiques des asiles où ils puissent venir en tout temps réclamer les secours de l'art. Par ce moyen, il arrive que des maladies, soignées convenablement au début, n'exigent qu'un traitement simple et peu prolongé, tandis que, négligées ou abandonnées à elles-mêmes, elles deviennent incurables ou s'aggravent par l'usage des remèdes routiniers et des pratiques superstitieuses, si fortement enracinées dans l'esprit des populations des campagnes.

Ces considérations prouvent à l'évidence qu'il y a aussi un avantage marqué sous le rapport individuel de posséder de semblables établissements.

La création d'instituts ophthalmiques donne encore une garantie morale, c'est d'opposer une barrière aux envahissements de ce charlatanisme audacieux et éhonté, dont nos autorités cherchent à nous délivrer, et qui, grâce à leurs soins et à leur sollicitude, a déjà vu ses

efforts paralysés dans notre pays, et qui plus tard finira par y devenir impuissant.

Quant à l'intérêt scientifique, l'élan donné à l'étude de l'ophthalmologie, ses progrès, ses travaux et les recherches d'une foule d'hommes marquants, démontrent sans conteste que ce but est atteint en partie : la création des cours publics d'ophthalmologie dans toutes les Universités ou Facultés compléterait cette lacune; non pour faire des spécialistes *seuls,* car, il importe de bien faire connaître que la pensée de la section est que tout ophthalmologiste doit, comme tout médecin encyclopédiste, posséder les connaissances nécessaires au complément des études médicales. Personne n'ignore d'ailleurs que c'est par les monographies surtout que l'on est complètement initié à la science, et que l'on peut faire les applications propres à la spécialité vers laquelle on est porté.

Toutes ces considérations ont été l'objet de l'attention consciencieuse de la 5e section, et, parmi les opinions émises pendant la séance, un membre a proposé que des instituts ophthalmiques fussent établis près des grandes écoles de médecine, et sous la surveillance du gouvernement, parce qu'ils serviraient à l'enseignement; mais que, pour les autres instituts ou dispensaires, la création en fût laissée à la spontanéité des médecins fondateurs, qui les organiseraient et les dirigeraient en raison des localités où ils seraient établis.

Cette proposition a été favorablement accueillie, et, dans la discussion qui s'est ouverte à ce sujet, des faits nombreux ont été cités à l'appui de la nécessité de la création d'institutions ophthalmiques, tant sous le point de vue hygiénique, thérapeutique et scientifique, que sous le rapport administratif.

Ensuite la section a adopté la rédaction du paragraphe A (p. 19) de la septième question, sauf une seule modification, consistant à ajouter les mots « et l'enseignement » après ceux-ci « pour le traitement. »

Le paragraphe B a subi peu de changements et a été conservé tout entier : nous avons l'honneur de le soumettre à l'assemblée.

Au n° 3, article *Ventilation,* la section a cru devoir supprimer les mots « ici plus qu'ailleurs » et ajouter le mot « nuisibles » à courants d'air.

Au n° 5, *Cabinets de consultation et d'opérations,* le mot « l'Est » a été remplacé par celui de « Nord » et l'expression de « cabinet obscur » par celle de « cabinet approprié. »

Pour terminer cet exposé sommaire des intentions et de la pensée de la 5e section, je dois vous faire connaître les deux articles additionnels qui ont été formulés et votés par la section.

Le premier est ainsi conçu : « Il existera dans chaque Faculté « un grand établissement ophthalmique aussi complet que possible; « toutefois, vu les diversités des exigences sociales de chaque pays,

« il est à désirer que les médecins qui ont étudié spécialement l'oph-
« thalmologie prennent l'initiative dans les pays qu'ils habitent, dans
« la confiance qu'ils trouveront dans les institutions municipales et
« générales l'appui auquel ils auront prouvé qu'ils ont droit. »

Le second, a été rédigé en ces termes :

« Une chaire spéciale d'ophthalmologie existera dans chaque Uni-
« versité ou Faculté de médecine. » (*Applaudissements.*)

Les diverses propositions contenues dans ce rapport sont successivement mises aux voix et adoptées.

M. le Président. La parole est à M. Crocq, pour faire un rapport oral au nom de la 2e section sur la 4e question.

M. Crocq. Messieurs,

La troisième question proposée à la section était celle des ophthalmies spécifiques.

Voici comment la Commission organisatrice l'avait résolue (*V.* p. 17).

Une discussion, à laquelle ont pris part un grand nombre de membres, s'est engagée sur cette question.

La plupart de ces orateurs ont repoussé la solution de la Commission.

Pour qu'il y ait réellement spécificité, il faut que telle maladie, telle lésion déterminée ne puisse jamais se développer que sous l'influence d'une cause unique. Toute lésion qui n'est pas dans ce cas ne peut être dite spécifique. Cependant, il faut toujours tenir compte des circonstances, des conditions, des causes sous l'influence desquelles l'ophthalmie s'est développée, qui en modifient la marche, le pronostic et le traitement. Pour atteindre ce but, plusieurs membres ont proposé de supprimer le mot *spécifique*, et de ne faire mention que des ophthalmies spéciales, dont l'adoption ne peut choquer aucune doctrine médicale. Un membre a soutenu que, dans bien des circonstances, les ophthalmies empruntaient aux diathèses et aux états généraux auxquels elles doivent naissance des caractères spéciaux qui les font reconnaître ; il a cité comme exemples les ophthalmies syphilitique et scrofuleuse. Il en a conclu au maintien des conclusions de la Commission, c'est-à-dire du principe des ophthalmies spécifiques. Quelques membres ont appuyé cette manière de voir, tout en faisant des réserves sur la fréquence des ophthalmies qui méritent réellement ce nom.

Un membre croit qu'un grand nombre de maladies oculaires ont leur cause dans un état général de l'économie, et qu'il y a des ophthalmies qui méritent le nom de spécifiques ; cependant elles ne présentent pas de caractères tellement tranchés qu'on puisse de l'examen de l'ophthalmie remonter à la cause qui l'a produite. Deux autres membres ont au contraire repoussé entièrement la spécificité.

A la suite de cette discussion, la section a adopté, pour être lues en séance du Congrès, comme résultat de ses délibérations, les propositions suivantes :

« 1° Il est démontré par la statistique qu'un grand nombre de cas de maladies des yeux ont leur cause unique, ou du moins prédisposante, dans la constitution du sujet.

« Les mêmes lésions anatomiques peuvent cependant, à peu d'exceptions près, se développer quand la diathèse, qui souvent en est la cause, n'existe pas.

« 2° Ceci posé, il faut dans chaque cas étudier les causes générales le plus possible ; si l'examen clinique en démontre positivement l'existence, on pourra, on devra même accepter dans la dénomination de la maladie le principe étiologique. Cette manière d'agir exercera certainement une influence avantageuse sur les progrès de la nosologie et de la thérapeutique ; mais il ne peut être permis de généraliser la nomenclature étiologique ; on doit la réserver exclusivement pour les cas où une relation assez évidente se manifeste entre les diathèses et la forme anatomique de la maladie.

« 3° Il faut constamment tenir compte de la constitution et des causes qui peuvent en provenir ; il est possible qu'en procédant de cette façon, on parviendra, par une observation plus exacte, à trouver des différences entre les lésions anatomiques de maladies réputées semblables, mais observées dans différentes conditions de la constitution. »

Ces propositions sont mises aux voix et adoptées.

M. le Président. Plusieurs membres du Congrès m'ont fait parvenir une demande tendant à ce que M. Von Graefe soit prié de nous donner connaissance de ses idées sur le traitement du glaucome.

Je crois d'autant moins devoir me refuser à la manifestation de ce désir, qu'il est partagé par tous les membres du bureau.

Après s'en être longuement défendu, M. Von Graefe cède à la demande qui lui est adressée. (*Nombreux applaudissements.*)

M. Von Graefe (Prusse). Messieurs, je suis véritablement dans le plus grand embarras de devoir vous faire à l'improviste une communication dans une langue qui m'est étrangère. Je vous demande toute votre indulgence, car j'offenserai vos oreilles de la manière la plus inaccoutumée. (*Applaudissements.*)

Messieurs, si l'on a besoin de s'entendre sur une maladie, c'est surtout sur le glaucome, qui a toujours eu le privilége d'entretenir la confusion dans les esprits.

Autrefois, on entendait par glaucome une pupille large, immobile, à travers laquelle on croyait voir un fond d'œil verdâtre, en un mot un état qui présentait tous les caractères d'une amaurose incurable. Plus tard, on a cherché la cause de ce désordre dans certaines

altérations anatomiques. On a cru trouver aussi la source du glaucome dans le corps vitré, dans le nerf optique, etc. Enfin, arriva l'ophthalmoscope, qui était destiné à répandre des lumières sur tant de choses obscures jusqu'alors. Naturellement on eut l'espoir que l'ophthalmoscope donnerait aussi bientôt des renseignements sur la nature du glaucome, mais cet espoir ne se réalisa point; au contraire, ce fut peut-être l'ophthalmoscope qui porta la confusion à son plus haut degré. On découvrit que, dans la plupart des cas, le glaucome présentait des altérations très différentes, mais on crut que celles du nerf optique en était la lésion principale, et chaque fois qu'on découvrit cette altération, on la désigna sous le nom de glaucome.

Quelle était donc cette affection du nerf optique? Il y avait d'abord un changement de forme dans la papille, laquelle paraissait convexe et semblait saillir à l'intérieur de l'œil. On remarquait d'autre part des changements dans la distribution et dans la forme des vaisseaux en contact avec le nerf optique. Il y avait, en troisième lieu, un pouls artériel, qu'on peut produire aussi sur l'œil sain. Lorsqu'on appuie longtemps le doigt sur le globe, il arrive un moment où le sang n'entre plus dans la rétine que par saccades, où l'artère centrale paraît et disparaît alternativement d'une manière complète; c'est ce pouls qu'on voit se produire spontanément dans le glaucome.

Il était bien clair qu'on n'était pas en droit d'attribuer au glaucome ces divers symptômes qu'on trouvait dans le nerf optique, et de ranger dans une même catégorie des maladies d'un aspect si différent.

J'ai fait des études sur les altérations intra-oculaires qui m'ont amené à rechercher minutieusement les différents symptômes qui se présentent dans le glaucome. Je suis parvenu à une conclusion principale, c'est que la pression intra-oculaire y est exercée d'une manière particulière. Tous les symptômes qui constituent l'habitus glaucomateux peuvent être réduits à cette exagération de la pression intra-oculaire, et voici comment :

D'abord il est reconnu que le globe oculaire dans le glaucome est beaucoup plus dur que dans l'état normal. C'est un symptôme qui est connu depuis longtemps, et qu'on explique facilement par la présence d'une plus grande quantité de liquide dans l'intérieur de l'œil. Ensuite, on sait que les veines sous-conjonctivales se dilatent dans le glaucome. Ces veines forment dans le domaine des veines ciliaires antérieures une circulation collatérale, supplémentaire, la circulation normale étant gênée dans les émissaires veineux postérieurs.

Ensuite la cornée, dans le glaucome, devient anesthésique. C'est un signe qui n'était pas connu autrefois, et qui vient s'ajouter aux autres. Naturellement cette anesthésie se présente sous des formes différentes; mais, dans le glaucome complet, vous pouvez prendre un

etit morceau de papier, toucher la cornée dans toutes ses parties, t vous verrez qu'elle ne réagit absolument pas.

Il est vraî aussi que de cette anesthésie de la cornée dépendent les utres affections qu'on voit survenir dans cette partie de l'œil.

Cette anesthésie s'explique par la pression intra-oculaire. Si elle ugmente, les rameaux nerveux qui vont dans la cornée sont comprinés, et leurs fonctions s'émoussent.

L'état de l'iris s'explique parfaitement de la même manière.

Ce qui caractérise le glaucome, c'est le mydriasis et l'immobilité le la pupille. C'est encore la pression intra-oculaire qui suspend l'acion des nerfs et il est constaté que l'affection de la pupille dépend de la uspension de l'action nerveuse.

Poursuivons les symptômes ophthalmoscopiques.

On a cru longtemps que la papille optique avait une forme conexe; elle est au contraire concave. C'est une erreur que nous avons lû corriger après deux années d'observation avec l'ophthalmoscope.

Il y a des raisons qui rendent très difficile la distinction des bas eliefs et des hauts reliefs au fond de l'œil. C'est ce qui explique l'ereur dans laquelle nous sommes restés longtemps, et qui nous faisait roire que le nerf optique était convexe, tandis qu'il y a environ un an t demi ou deux ans, nous avons reconnu qu'il était concave.

Ce fait a été constaté dès lors par des observations très exactes.

Cette excavation du nerf est encore due à la pression. Le point l'insertion du nerf optique est certainement le point le plus faible lans toute l'enveloppe du globe de l'œil. Il est tout naturel que, s'il y a lus de liquide dans l'intérieur de l'œil, il se forme une espèce d'ectaie; de manière que cette affection du nerf optique, que nous nomnons tout bonnement excavation du nerf optique, est regardée comme in phénomène de pression exagérée.

J'avais déjà acquis cette conviction en poursuivant la nosologie de livers cas, lorsque le fait a été confirmé par M. H. Müller, qui a xaminé plusieurs globes oculaires que je connaissais déjà. Le résultat le ses recherches a prouvé authentiquement que cette excavation du ierf optique était due à une pression.

Le phénomène du pouls artériel est le phénomène qui m'a amené e plus directement à mes idées sur le glaucome; je vous ai fait remaruer déjà que si l'on exerce une pression externe, le sang entre dans a rétine par saccades et le phénomène du pouls se présente. Il en est le même dans le glaucome.

L'amaurose qui survient si vite dans les cas de glaucome aigu 'est pas due à des altérations de tissus; elle n'est pas due non plus l'excavation du nerf optique; mais c'est un symptôme consécutif; t voilà en quoi les idées que nous nous étions formées sur le glaucome nt changé depuis trois ans.

Notre opinion s'étant modifiée à cet égard, est venue la question de savoir si l'on ne pouvait pas en trouver expérimentalement la vérification. Il s'agissait de diminuer la pression intra-oculaire. Le premier moyen que nous avons essayé a été l'emploi des mydriatiques. Je crois avoir démontré que les mydriatiques n'agissent pas seulement sur l'iris, mais qu'ils diminuent aussi la pression musculaire. Mais les mydriatiques restèrent sans effet.

Le second moyen auquel je me suis arrêté a été la paracentèse de la chambre antérieure. Eh bien! par ce moyen, nous avons obtenu des effets thérapeutiques très saisissants. Malheureusement, ces effets devaient être temporaires, l'inflammation glaucomateuse revenait. D'autre fois l'inflammation ne reparaissait pas, mais le champ de la vision se rétrécissait, la cornée devenait plus anesthésique, l'iris plus décoloré.

Enfin, je crois avoir trouvé un moyen qui remplit parfaitement l'indication. Je crois que l'excision d'une portion de l'iris est le moyen le plus énergique pour diminuer la pression intra-oculaire. C'est un fait dont vous pouvez tous vous convaincre, qu'en excisant une partie de l'iris, l'œil devient plus mou.

C'était surtout dans le staphylôme que j'avais acquis cette conviction. Ainsi, dans le staphylôme partiel, il n'y a pas de moyen plus efficace pour diminuer la pression intra-oculaire que d'exciser l'iris.

Enfin, il y avait plus d'une raison pour me faire croire que l'iridectomie diminue la pression intra-oculaire, et c'était pour moi un motif de l'appliquer dans le cas de glaucome aigu.

Sur le premier sujet que j'opérai, j'obtins les résultats les plus brillants. Cependant, ils ne m'inspiraient pas grande confiance, parce que je me rappelais toujours les vaines espérances que je m'étais faites sur la paracentèse. J'avais craint que la maladie se reproduisît, ou que la vue baissât de nouveau. Eh bien! j'ai attendu, et il n'y a pas eu de rechute. La vue est toujours restée bonne. Il y a un an et demi environ que j'ai recours à ce moyen, et dans aucun cas je n'ai eu de rechute.

Je dois toutefois faire remarquer que cette méthode a ses limites, et que c'est à l'expérience à indiquer quelles sont ces limites. J'ai opéré peut-être une quarantaine de fois, et il n'y a pas de rechute ; les personnes opérées ont gardé la vue.

D'autres fois, j'ai opéré sans aucun succès, et j'ai reconnu ainsi qu'il est des limites hors desquelles le procédé reste sans influence. J'ai tâché de déterminer autant que possible quelles étaient ces limites, et j'ai reconnu que, lorsque l'excavation du nerf optique est très prononcée, lorsque le champ de vision est très étroit, l'iridectomie ne donne pas de résultats ou n'en donne que de temporaires, c'est là que j'ai eu des rechutes, ces cas se présentent lorsque le glaucome existe

depuis six mois ou un an. L'iridectomie nous a surtout paru avantageuse dans les cas où un individu a un glaucome sur un œil et pas sur l'autre, et présente des prodromes indiquant qu'il arrivera à une cécité complète.

Ce que je viens de dire s'applique surtout aux cas de glaucome aigu ; mais il vous est connu qu'il se présente un cas auquel on peut donner aussi le nom de glaucome, et qui se développe non pas avec des accès inflammatoires, mais d'une manière plus lente, où la pupille devient un peu large, où la chambre antérieure devient plus plate, et où peu à peu tous les phénomènes du glaucome se produisent. Pour ce cas, je ne puis encore vous donner de résultats absolus ; je crois pouvoir dire que là aussi l'iridectomie sera le moyen le plus efficace, mais je ne pourrai décider la question qu'après une nouvelle expérience de trois ou quatre années.

Ce sont des formes qui avancent quelquefois très lentement et où la marche de la maladie paraît pendant quelque temps s'arrêter.

Je dois, Messieurs, terminer cette communication en ajoutant quelques mots sur certains cas d'amaurose où l'on voit l'excavation de la papille optique, et où tous les autres signes du glaucome font défaut. Ce sont des amauroses avec excavation du nerf optique, et qu'il est difficile de distinguer du glaucome chronique, lorsqu'il n'y a pas d'autres signes. Cette forme d'amaurose peut très bien être une maladie substantielle du nerf optique dépendant d'une altération organique de ce nerf, de sa compression, etc.

On peut très bien se figurer qu'une pression exercée sur une partie quelconque du trajet du nerf optique détermine une altération de sa papille. Eh bien, dans ce cas, je n'ai absolument rien obtenu de l'iridectomie. (*Applaudissements unanimes et répétés.*)

M. le Président. Nous remercions M. Von Graefe de sa complaisance et de sa belle communication. (*Nouveaux applaudissements.*)

M. Sichel. Messieurs, les membres étrangers auxquels vous avez fait l'honneur de les nommer vice-présidents, me chargent de remercier M. le Président de l'impartialité, de l'indulgence, de l'habileté et de la bienveillance avec lesquelles il a conduit nos débats et les a fait aboutir à un résultat heureux, positif, et bien supérieur à celui qu'on pouvait espérer d'obtenir en quatre jours, avec une si grande diversité d'opinions.

Je suis chargé aussi de remercier messieurs les membres du Comité d'organisation du zèle, de l'intelligence et de l'activité avec lesquels ils ont rempli leur difficile et laborieuse mission. (*Applaudissements répétés dans toutes les parties de la salle.*)

M. Donders. Je propose un *bravo* de plus pour M. le Secrétaire général. (*Nouvelle salve d'applaudissements.*)

M. Quadri (Naples). Au nom de plusieurs membres du Congrès, j'ose prier les dames qui ont bien voulu assister à nos séances de nous faire l'honneur de participer au banquet de ce soir. (*Applaudissements unanimes.*)

M. le Président. Nous voici arrivés au terme du temps affecté à notre Congrès; quelques instants encore, et il appartiendra à l'histoire... Quel jugement en sera-t-il porté? Quel rang occupera-t-il? C'est à l'avenir à nous l'apprendre... Ce qu'on ne pourra lui contester, c'est d'avoir réuni dans son sein les plus hautes sommités de la spécialité au profit de laquelle il a été convoqué. Ce qu'on ne pourra lui contester, c'est d'avoir pendant sa courte durée offert le tableau de la meilleure intelligence, de la concorde la plus touchante, de la plus intime union dans les sentiments. Quand il y a eu divergence dans les doctrines, elle s'est produite avec convenance et franchise, exprimée avec réserve et urbanité. Ce qu'on ne pourra lui contester, c'est d'avoir vu ses membres rivaliser constamment de zèle et d'assiduité, et quand sonne l'heure de sa clôture, présenter des rangs aussi serrés qu'au jour de son installation.—Voilà ce qui prouvera que le Congrès a été pris au sérieux et qu'aux yeux de tous, il n'a pas perdu un seul instant de son importance.

Vous allez bientôt quitter ces lieux; quelques heures encore, et les routes autour de cette capitale transporteront au loin les éléments du Congrès. Nos plus affectueux souhaits vous accompagneront. S'il ne nous a pas été possible de vous recevoir aussi bien que nous l'aurions désiré, et que vous y aviez droit (*Vives réclamations*), nous aimons à croire que, par sa sincérité et son empressement, notre accueil aura racheté ce qui lui manquait en éclat.

Nous vous faisons, Messieurs, nos sympathiques adieux; oui, adieux! car pour un grand nombre d'entre nous, c'est la dernière fois sans doute que nous sommes réunis.—Soyez heureux dans vos personnes, dans vos relations, et puissent les jours trop courts que vous nous avez consacrés, sacrifice dont nous ne saurions assez vous témoigner notre reconnaissance, laisser dans vos esprits et dans vos cœurs un doux souvenir.

Je déclare close la session du Congrès ophthalmologique de Bruxelles.

Ce discours est accueilli par d'unanimes applaudissements, plusieurs fois répétés.

La séance est levée à trois heures trois quarts.

ANNEXES.

I

PROCÈS-VERBAUX DES SECTIONS.

PREMIÈRE SECTION.

Président : F. HAIRION; Secrétaire : F. BINARD.

MM. LES MEMBRES INSCRITS DANS LA SECTION SONT :

Messieurs

Alefeld.	Esmarck.	Lustreman.	Serre (d'Uzès).
Anagnostakis.	Froebelius.	Loeffler.	Seutin.
Bartmer.	Gobée.	Marques.	Siegl.
Bendz.	Gradman.	Matuschenkow.	Sperino.
Bima.	Gulz.	Merchie.	Stellwag.
Binard.	Gunther.	Meynne.	Stoeber.
Borodine.	Hairion.	Melchior.	Stromeyer.
Borelli.	Hammelrath.	Montaut.	Stromeyer.
Decaisne.	Homburger.	Müller.	Schotten.
Dechange.	Ingo.	Pauli.	Thiry.
Delhaie.	Januskiewicz.	Pelikan.	Thüne.
Delvaux.	Kabath (de).	Petithan.	Van Dommelen.
Desmarres.	Königshöfer.	Pontus.	Vogelsang.
Dieudonné.	Küchler.	Platner.	Warlomont.
Fallot.	Laveran.	Rossi (de Turin).	Willebrand.

Séance du 13 septembre 1857.

M. le Président propose de nommer comme vice-présidents de la section : MM. Bendz (Danemarck), Gobée (Pays-Bas), Lustreman (France), Muller (Prusse). — Chacun de ces noms est accueilli par des applaudissements.

Il demande ensuite à M. Meynne de vouloir bien s'adjoindre à M. Binard, pour aider ce dernier, comme secrétaire, dans la tenue du plumitif. La section ayant appuyé cette proposition, M. Meynne prend place au bureau.

MM. les vice-présidents montent également au bureau.

M. le Président prend la parole. Il insiste sur le but des travaux de la section, qui doit être surtout pratique; il croit, en conséquence, devoir engager

MM. les membres de la section à s'en tenir, autant que possible, à la marche qui a été tracée dans le projet de solution proposé par le comité d'organisation.

La discussion est ouverte sur le premier chapitre (A) du titre I[er] de la première question, ainsi conçu : « La transmissibilité de l'ophthalmie purulente « *dite* militaire étant démontrée, peut-on déterminer exactement par quelle « voie s'opère la transmission? »

M. Muller (Prusse) demande la parole pour donner lecture de son travail sur l'ophthalmie militaire en Prusse; mais, sur une observation de M. Thiry, il consent à ajourner cette lecture.

M. Meynne (Belgique). On devrait, selon lui, adopter un nouvel ordre pour la discussion : c'est ainsi qu'il pense qu'il serait plus rationnel de s'occuper d'abord de l'étiologie, ensuite de la prophylaxie et enfin du traitement.

M. Warlomont (Belgique) n'est pas de cet avis; il insiste pour que l'ordre du projet de solution soit suivi. Ce n'est pas sans y avoir bien réfléchi que le Comité s'y est arrêté, et il croit qu'en l'adoptant de confiance, la section s'épargnera des causes nombreuses de perte de temps.

Il n'est pas donné suite à la motion de M. Meynne.

M. Decaisne (Belgique) donne lecture de la note suivante :

Comme le Comité nous a présenté plusieurs questions, plutôt en vue de servir de base à la discussion que comme faits incontestables, je demanderai la permission de m'occuper tout d'abord de l'un des points qui font l'objet de notre examen, et de faire connaître mon opinion sur l'influence des objets contaminés dans la propagation de l'ophthalmie purulente de l'armée.

Le programme rédigé par la Commission semble admettre, page 5, que l'ophthalmie militaire se transmet par l'intermédiaire d'*objets contaminés;* que c'est par infection surtout que celle-ci se propage actuellement dans l'armée; que les granulations vésiculeuses ne produisent pas de sécrétion et ne sont pas contagieuses par elles-mêmes; que leur présence excite le plus souvent dans la conjonctive un travail inflammatoire avec sécrétion muco-purulente d'où s'élèvent des émanations qui constituent la source principale des granulations dites *militaires;* qu'enfin, l'ophthalmie *continue ses ravages dans l'armée parce que les hommes se trouvent placés dans un foyer d'infection*, *formé par les émanations qui s'élèvent du milieu où ils vivent;* et, partant de là, le Comité conseille, pour prévenir et empêcher la propagation de l'ophthalmie militaire, de désinfecter les casernes, les prisons, les hôpitaux, tous les objets enfin à l'usage du soldat.

En fixant notre attention sur ces diverses phases de l'histoire de l'ophthalmie de l'armée, le Comité ne peut avoir oublié que la plupart de ces questions avaient vivement préoccupé l'esprit des hommes éminents qui se trouvaient, avant 1830, à la tête du service médical de l'armée. On sait, en effet, que la plupart des contagionistes ont précisément recommandé et exécuté les moyens de désinfection qu'on indique aujourd'hui comme efficaces. Partant de cette idée, ils crurent nécessaire d'anéantir tous les objets suspects, ainsi qu'on le pratique pour les écuries occupées par les chevaux atteints de la morve. Mais si, comme on le croit, ces mesures restèrent sans effet parce qu'on ne connaissait pas les granulations, je demanderai sur quelles preuves on se fonde pour prouver aujourd'hui que de simples granulations exhalent un miasme granulaire, et quels sont les faits qui démontrent qu'elles peuvent être un foyer de contagion nécessitant la désinfection des effets comme imprégnés d'un *virus* miasmatique? Je demanderai encore sur quelles observations on s'appuie pour admettre que des granulations vésiculeuses, les seules qui apparaissent de nos jours dans l'armée, peuvent procéder d'un principe mias-

ıatique, ou qu'elles peuvent exhaler un miasme capable de produire à leur our des granulations vésiculeuses sur un individu sain? Ne semble-t-on pas dmettre comme trop bien démontrés des faits encore très contestables, et en pposition directe avec ce qu'on remarque dans les autres affections des memranes muqueuses, qui, on le sait, ne sont contagieuses qu'à l'époque où elles ont arrivées, sinon à leur summum d'intensité, du moins à une période 'acuité bien déterminée de l'inflammation. Du reste, le comité reconnaît bien ıi-même qu'il en est ainsi, puisqu'à la page 13, titre IV, il convient que : « Les ıits prouvent qu'une conjonctive peut recéler les germes de l'ophthalmie, sans u'il soit possible à l'œil nu de saisir le moindre changement, soit dans la ɜxture, soit dans les fonctions de cette membrane; que, pour donner un déveɔppement rapide à ces granulations *latentes*, *insaisissables à l'œil nu*, il ne faut ue l'action d'une *cause irritante quelconque*, un refroidissement, une lésion raumatique, un corps étranger venant se loger sous la paupière, ou *toute utre cause susceptible de déterminer sur la conjonctive un mouvement fluxionaire.* » Si l'on accorde une aussi large part à cette cause latente, ce qui st conforme du reste à ce qu'on remarque en d'autres circonstances, pourquoi ıréteudre que les granulations naissent d'un miasme caché dans les effets des oldats, ou niché dans un coin obscur de toutes les casernes qu'ils habitent, t pourquoi dès lors recommander de nouveau des mesures que tout le monde reconnues inutiles avant 1830.

Mais, en admettant même que les soldats, à leur entrée dans les cadres de armée, doivent leurs granulations aux émanations des objets contaminés, au ıilieu desquels ils commencent à vivre, on demandera encore d'où proviennent tous les granulés qu'on rencontre dans le civil, qui n'ont jamais eu chez ux d'objets imprégnés de ce prétendu virus granulaire, et qui affirment ne 'être jamais rencontrés avec des personnes atteintes d'ophthalmie militaire. i, aujourd'hui comme par le passé, des soldats sont atteints lorsqu'ils sont e service, de garde ou de faction, il n'en faudra cependant pas conclure que 'ophthalmie continue ses ravages dans l'armée, parce que les hommes se trouent encore plongés dans un foyer d'infection produit par les émanations qui 'élèvent des objets contaminés qui les entourent. Ne voyons-nous pas les ıêmes effets de literie servir indistinctement à toutes les troupes d'une même ;arnison, ainsi qu'aux malades d'un même hôpital? et cependant chacun de ous a pu constater une espèce d'immunité parmi les cavaliers et les artilleurs, lont la constitution semble les mettre à l'abri de la maladie qui nous occupe. l y a plus encore, on a vu souvent un régiment, absolument exempt d'ophhalmiques, en remplacer dans la caserne un autre qui en était fortement ıtteint, et, bien que se servant des objets qui ne quittent pas même les chamɔres, ce nouveau régiment rester sain, et conserver toujours, au centre du ırétendu foyer d'infection, le petit nombre de granulés qu'il avait à son arrivée. l en est de même dans les hôpitaux, où les literies et les capotes servent indisinctement à tous les malades.

Oublie-t-on qu'à deux reprises l'armée française, pendant son séjour en Belgique, s'est servie de nos literies et a occupé nos casernes sans avoir emɔorté le germe de notre ophthalmie?

Enfin, lorsqu'en 1839, on eut établi à Namur et à Ypres un dépôt général l'ophthalmiques de l'armée, je demanderai si ces locaux, pour ainsi dire saurés de virus (en admettant l'opinion émise par le programme), et qui n'ont cessé de servir de casernes, ont fourni plus de granulés que les autres?

Ces faits, dont aucun médecin militaire belge ne contestera l'authenticité, lémontrent jusqu'à l'évidence que les effets d'habillement et de casernement

ne contiennent point le miasme *granulifère*, et dès lors, il me paraît inutile de ramener la question ou le débat au point où ils étaient il y a plus de trente ans.

Si je ne partage pas l'opinion de ceux qui font jouer un grand rôle aux vêtements imprégnés de miasmes, on ne s'étonnera pas si je diffère également d'opinion au sujet du traitement; car on semble toujours oublier que ce n'est ni dans les hôpitaux, ni dans les salles de granulés des casernes que nos soldats sont pris d'ophthalmie; que c'est, au contraire, en revenant des manœuvres, ou à la suite d'une irritation quelconque, toujours indépendante des causes auxquelles on l'avait attribuée dans l'origine, qu'ils sont atteints de cette funeste maladie.

Ce ne sera donc pas en séquestrant nos soldats, en les renfermant dans des hôpitaux comparables aux maladreries du moyen âge, qu'on arrivera à faire disparaître les premiers symptômes de l'ophthalmie, c'est-à-dire les granulations. Si mon opinion prévaut dans cette circonstance, on cessera d'attribuer aux salles de granulés, établies aujourd'hui dans chaque caserne, la gravité de certaines affections oculaires, bénignes à leur début, et d'y chercher la source où de nouveaux soldats vont puiser l'affection qui se déclare dans nos régiments. Je reconnais cependant, mais uniquement dans l'intérêt du service militaire, la nécessité d'établir dans les casernes une salle convenable, bien aérée et vaste, spécialement et invariablement consacrée au traitement des granulés. (Je ne compliquerai pas cette discussion en y introduisant la question de savoir s'il convient ou non de transporter ces dépôts dans les villes universitaires ainsi qu'on le demande.)

Quant au traitement à suivre, je constate que De Courtray (1) et Kluyskens (2) qui connaissaient déjà fort bien en 1819 les granulations, celles même de la paupière supérieure, affirment que les fumigations, à titre d'anti-ophthalmiques, doivent être proscrites, puisque les virus ou miasmes vers lesquels on les dirige, n'existent que dans l'imagination de ceux qui admettent la propagation par voie miasmatique. « Je nie, dit De Courtray, que le pus provenant d'une ophthalmie puisse former des miasmes susceptibles d'être absorbés par la conjonctive, et devenir la cause déterminante de cette affection. » Ici, je me sépare cependant de ces praticiens, en ce qui touche à l'innocuité du pus. Pour moi, je le regarde comme doué de la possibilité de transmettre l'ophthalmie, ainsi que je l'ai déjà exprimé ailleurs (3). De son côté M. Alexander, professeur à Utrecht, affirme que la désinfection, le lessivage des objets de couchage, d'équipement et d'ornement, comme mesure à instituer contre la contagion, n'ont jamais paru justifiés, et que ces objets ne recèlent aucun miasme susceptible d'occasionner l'ophthalmie de l'armée.

Comme on le voit, la thèse avancée aujourd'hui tombe devant l'observation rigoureuse des faits, puisqu'en admettant même qu'on parvînt à extirper chez tous les soldats d'un régiment jusqu'à la moindre trace de granulations, on ne serait pas même en droit de rapporter à un virus granulaire, caché dans une couverture ou sous un traversin, la réapparition de la maladie. En effet, à chaque instant de la journée, le fantassin, plus que tout autre, se trouve exposé au développement spontané et immédiat des granulations. Il faudra donc reconnaître qu'en entrant au corps, les nouvelles recrues se trouvent porter en elles le germe de l'affection.

Pour me résumer en un mot : je dirai que la population belge, et surtout

(1) *Coup d'œil sur l'ophth.* Gand, 1827,
(2) *Dissert. sur l'ophth. contag.* Gand, 1819.
(3) *Annal. d'Ocul.*, t. V, 1841.

elle des campagnes, porte virtuellement en elle le germe d'une affection que les causes les plus variées, les plus différentes les unes des autres peuvent faire développer à l'improviste.

M. Hairion (Belgique) répond à ce que vient d'avancer M. Decaisne, quant à la désinfection des locaux, des effets d'habillement et de couchage. Il est d'avis que, si l'ophthalmie est encore si commune dans les armées, c'est qu'alors qu'on désinfectait les casernes on laissait subsister les granulations, et que depuis qu'on traite celles-ci, on n'a pas assez fait contre l'infection des habitations militaires. Lorsque l'on a fait marcher de pair ces deux ordres de moyens, c'est-à-dire la désinfection des bâtiments d'un côté, et le traitement curatif des granulations de l'autre, on a obtenu le succès le plus complet. C'est ce qui a eu lieu dans le pensionnat de Thildonck, près de Louvain. « Ici, dit-il, comme dans nos casernes, l'affection se montrait avec des caractères contagieux et avec des symptômes propres à l'ophthalmie de l'armée. Cette maladie s'était développée au milieu de circonstances hygiéniques très-défavorables, à la suite d'une ophthalmie catarrhale épidémique, qui avait régné dans la commune voisine, et dont quelques cas s'étaient aussi déclarés dans le pensionnat. Chez l'une des pensionnaires qui en avaient été atteintes, l'ophthalmie, par suite de mauvaises conditions constitutionnelles, était passée à l'état chronique. en revêtant la forme purulente. C'est ce dernier fait qui avait servi de point de départ à l'ophthalmie granuleuse dont presque toutes les élèves ont été atteintes. J'ai fait d'abord séparer les élèves saines de celles qui avaient la maladie, et disséminer celles-ci dans des chambres larges et bien aérées.

« De grands changements furent exécutés dans la distribution des salles, et les murs blanchis à la chaux; tous les objets non susceptibles d'être lavés furent soumis aux fumigations de chlore. Enfin, le traitement convenable fut employé contre les granulations palpébrales. Après quatre mois et demi de soins, l'ophthalmie avait complétement cessé, sans qu'on eût eu à déplorer le moindre accident, ni à constater plus tard une seule récidive.

« Des faits analogues au précédent se sont encore présentés à notre observation au pensionnat de Montaigu et à l'établissement des orphelines à Malines, où les mesures et un traitement semblables furent adoptés avec le même succès.

« Ces faits établissent pour nous :

« 1° La propagation de l'ophthalmie granuleuse, par l'intermédiaire des objets contaminés ;

« 2° L'insuffisance de toute mesure, de tout traitement dirigés contre l'ophthalmie, si l'on n'y joint en même temps la désinfection de ces objets. »

M. Decaisne n'a pas nié la contagiosité de l'ophthalmie, quand elle est à l'état de purulence, mais quant à la contagion par la voie miasmatique, elle n'est nullement prouvée par des faits authentiques. Il se pourrait d'ailleurs que, dans les faits cités par M. Hairion, l'ophthalmie eût été due à l'action de causes catarrhales.

M. Hairion fait observer que, dans les faits qu'il a rapportés, il n'était nullement question de causes catarrhales ; il s'agissait d'une ophthalmie granuleuse en tout semblable à celles qu'on rencontre dans l'armée.

M. Roberts (Angleterre) croit que l'ophthalmie se propage parmi les militaires, non-seulement par le contact médiat et immédiat, mais aussi par l'infection de l'atmosphère, viciée par l'exsudation purulente dans les casernes. Cette viciation de l'air ne se manifeste pas à l'odorat, comme la gangrène et d'autres affections ; elle ne se démontre que par ses effets. La propagation de l'ophthalmie épidémique ou endémique ne dépend pas cependant exclusivement de

cette influence; elle est aussi sous la dépendance des changements brusques de saison et des vicissitudes atmosphériques, causes qui agissent d'autant plus énergiquement que le soldat est plus affaibli et déprimé au physique et au moral.

Quand, au contraire, le soldat est dans de bonnes conditions hygiéniques, les épidémies d'ophthalmie catarrhale n'affectent pas la tendance à la purulence. C'est ainsi que, dans l'automne de 1855, l'armée anglaise fut atteinte en Crimée de cette variété de conjonctivite : les soirées devenaient subitement froides, les soldats, fatigués par les travaux de terrassement, se couchaient souvent sur le sol et prenaient ainsi l'ophthalmie catarrhale. Eh ! bien, cette ophthalmie, qui était primitivement et essentiellement aussi grave que toute autre épidémie de cette nature, ne manifesta aucun caractère de purulence, de contagion, ni d'infection. C'est que les soldats, au lieu d'être logés dans des chambres resserrées, occupaient des tentes et des baraques, parfaitement accessibles à l'air. — Ajoutez-y que, dès le commencement de 1855, le soldat avait une nourriture succulente, ce qui ne laisse pas d'avoir aussi dans ces circonstances une action bienfaisante. — Nul doute que, dans des conditions opposées, l'ophthalmie ne fût devenue bien autrement grave et contagieuse.

En résumé l'encombrement, la mauvaise nourriture, tout ce qui est en état de déprimer le physique et le moral, toutes les causes d'irritation sont en état d'y donner le caractère fâcheux dont nous venons de parler; l'établissement de bonnes conditions hygiéniques, et par-dessus tout l'éparpillement des hommes sont les moyens préventifs.

On peut dire aujourd'hui que, grâce à ces salutaires mesures, l'ophthalmie ne règne plus dans l'armée anglaise; elle ne se manifeste plus qu'accidentellement dans l'une ou l'autre colonie.

M. Marques (Portugal) résume une partie du mémoire qu'il a présenté au Congrès sur l'ophthalmie de l'armée portugaise. Au commencement de l'épidémie, dit-il, on a beaucoup parlé de l'importation d'une contagion qui aurait été le principe, la seule cause de la maladie oculaire, qui, plus tard, a ravagé presque toute l'armée. Mais cette opinion, et spécialement les idées soutenues par feu le docteur Florent Cunier, ont été entièrement renversées par la lumière de l'histoire. Le début de l'épidémie a été parfaitement démontré; on a su quand et comment elle avait commencé, et son origine, due à une constitution catarrhale, est aujourd'hui reconnue par tous ceux qui se donnent la peine d'étudier les faits. Ce commencement, qui remonte à 1845, est non-seulement certifié par le témoignage des médecins militaires, mais par des données statistiques dignes de la plus grande confiance. L'origine catarrhale de l'épidémie est de même établie par bien des circonstances qui, à elles seules, suffisent à expliquer le développement de l'ophthalmie sur des sujets prédisposés, sous l'influence de causes très communes dans les grandes réunions d'hommes.

Plusieurs faits sont ensuite cités par M. Marques, pour justifier ces assertions, et surtout la dernière, qui rapporte la cause de l'ophthalmie à une constitution épidémique catarrhale. Il insiste particulièrement sur le développement de l'ophthalmie, dans le même jour, chez quinze soldats d'une compagnie de chasseurs qui se trouvaient auparavant dans un état de santé parfaite; sur la marche progressive que la maladie a eue dans le bataillon auquel appartenait cette compagnie ; sur l'apparition de l'ophthalmie, presque en même temps, dans différents régiments de la garnison de Lisbonne, et enfin sur le fait très singulier du développement de la même maladie, presqu'à la

même époque, parmi les soldats d'un régiment qui était caserné à plus de soixante lieues de la capitale, où l'épidémie avait éclaté.

Mais M. Marques ajoute que, en reconnaissant l'origine catarrhale de l'épidémie ophthalmique dans l'armée portugaise, il est très loin de contester, en présence des faits non moins clairs qui se sont produits, le rôle important qu'a joué la contagion pour répandre la maladie dans presque toute l'armée. Qu'au contraire, cette contagion est la manière la plus simple, et peut-être la seule, qui puisse expliquer la diffusion de la maladie, au moment où l'on pouvait déjà considérer comme éteinte l'influence de la constitution catarrhale, reconnue et bien avérée au commencement. Ainsi, il cite d'autres faits pour démontrer comment la maladie s'est répandue dans la garnison d'Elvas, et dans plusieurs régiments qui avaient été épargnés dès le début de l'épidémie.

En énumérant les motifs qui lui font admettre la contagion, M. Marques ajoute que la transmission directe est un fait aujourd'hui généralement admis par les médecins militaires portugais, comme il est admis par les médecins des autres armées, qui ont été frappées de la même maladie. Que toutefois, les preuves ne sont pas également claires pour démontrer la contagion indirecte, ou l'infection par un miasme émané des soldats atteints de granulations. Il cite pourtant de nouveaux faits qui indiquent d'une manière presque indubitable l'existence d'une infection miasmatique, et où la chose ne pourrait être autrement expliquée. En songeant à des cas d'ophthalmies développés en quelques jours chez des recrues, nouvellement arrivées dans le corps où il était alors chirurgien-major, il ne peut trouver la cause de la maladie que dans l'usage que ces recrues ont fait des lits et des objets qui avaient servi à d'anciens soldats affectés de l'ophthalmie. Il croit devoir rapporter à la même origine des granulations palpébrales, précédées de l'état inflammatoire, qui se sont développées chez plusieurs soldats qui étaient en traitement pour d'autres maladies dans l'hôpital de Vianna-do-Castello, malgré la séparation qu'on avait eu soin d'établir entre les ophthalmiques et les malades d'autres affections.

En présence de ces faits, et d'autres non moins convaincants pour la question de l'infection par les objets de caserne, par des miasmes qui, à leur tour, iraient affecter les soldats exempts de toute maladie, ou aggraver l'état de ceux qui seraient déjà affectés de granulations à l'état rudimentaire, il croit qu'il faut admettre comme démontrée la nécessité de désinfecter les objets ayant servi à des individus atteints de l'ophthalmie des armées.

Il termine en exprimant ainsi son opinion, tout à fait favorable à l'adoption des idées émises dans cette partie du programme : En admettant même que cette infection ne fût que très probable, il pense qu'il y aurait bien moins d'inconvénients à l'accepter comme un fait démontré, qu'à la nier absolument ; car il faut s'attendre à voir les gouvernements s'appuyer sur les délibérations du Congrès, et, si celui-ci n'était pas explicite, il serait fort à craindre qu'on négligeât de songer à une cause de diffusion qui paraît établie par des faits tirés de l'analogie, et dont l'importance est immense.

M. Laveran fait la proposition de mettre aux voix le § 1er du chapitre A (p. 5).

M. Thiry (Belgique), avant de voter sur ce paragraphe, croit devoir faire une observation qui lui semble fort importante, en présence de la diversité des opinions émises jusqu'à présent au sujet de la contagion. L'affection étant contagieuse ne peut dépendre que d'une cause contagieuse, ce qui doit simplifier beaucoup la solution de cette question. Cette cause est, pour lui, une cause spécifique, c'est-à-dire un virus. Il va, en conséquence, déposer l'amendement suivant :

« L'ophthalmie contagieuse, granuleuse, purulente, ne se transmet que par
» l'intermédiaire d'un virus. — Ce virus doit être nommé granuleux. — En
» raison, on peut comprendre la transmission médiate, mais en pratique
» cette transmission est rare; cependant il est utile, indispensable, au point
» de vue de l'hygiène, de la reconnaître. »

M. Decaisne admet la contagion de l'ophthalmie à l'état purulent, mais il ne peut admettre l'existence d'un *virus* spécial, granuleux.

M. Thiry entre dans quelques détails sur la fréquence de l'ophthalmie granuleuse dans la population civile; cette maladie n'est pas l'apanage exclusif de l'état militaire. L'état granuleux, en outre, se rencontre autre part que sur la muqueuse oculaire, car il a eu souvent l'occasion de l'observer sur le col utérin et dans l'urètre. Ces productions spéciales, ces granulations, identiques sur toutes les muqueuses, sans analogue dans l'économie, sont transmissibles par contagion.

M. Sperino (Sardaigne). « N'ayant pas trop l'habitude de parler la langue française, je prie l'honorable assemblée de m'accorder pour un instant son indulgence; je lui exposerai en peu de mots quelques-uns des résultats des études sur l'ophthalmie granuleuse que j'ai eu occasion de faire à Turin, depuis une vingtaine d'années.

« La contagiosité de l'ophthalmie étant pour moi un fait démontré depuis longtemps, j'ai cherché à constater si la maladie se propageait toujours par contact, ou si elle se développait quelquefois spontanément. Voici ce que j'ai vu :

« Chez un très grand nombre de malades atteints d'ophthalmie granuleuse, j'ai pu en constater la propagation par le contact immédiat du pus, sécrété par la conjonctive malade avec l'œil sain; mais j'ai vu des militaires renvoyés chez eux, avec des granulations sans sécrétion purulente, ne transmettre l'ophthalmie qu'un certain temps après leur séjour au sein de la famille, c'est-à-dire seulement quand une cause catarrhale ou rhumatismale avait produit une exacerbation de la maladie, en ranimant la période de purulence.

« J'ai vu ensuite que la transmission a lieu très souvent par l'intermédiaire d'objets contaminés. C'est ainsi que j'ai constaté qu'elle s'est propagée dans les hôpitaux à un grand nombre d'individus, parce qu'ils se servaient du même vase pour se laver ou d'un même linge pour s'essuyer les yeux.

« Chargé, en 1854, comme membre du Conseil de salubrité, de visiter plusieurs établissements de Turin, j'ai signalé à l'autorité que, dans la caserne où les militaires se lavaient avec l'eau venant d'un irrigatoire, on ne trouvait plus depuis longtemps aucun cas d'ophthalmie militaire.

« Aussi, je suis parfaitement convaincu que, lorsque cette maladie se propage, c'est par le transport médiat ou immédiat du pus conjonctival fourni par l'œil malade sur l'œil sain. Mais l'ophthalmie purulente n'est pas toujours le produit de la contagion, c'est-à-dire qu'elle se développe quelquefois spontanément. En effet, j'ai vu un certain nombre d'individus qui n'ont jamais été en rapport avec des granulés, et chez lesquels l'ophthalmie a été le résultat d'une cause catarrhale. Je l'ai vue survenir en 1845, à la suite du transport du pus d'un abcès palpébral sur la conjonctive d'un enfant, et j'ai constaté que l'ophthalmie purulente, même très grave, est quelquefois chez les enfants produite par la blépharite impétigineuse, ou eczéma impétigineux, transporté sur la conjonctive.

« Ainsi, d'après mon expérience, l'ophthalmie purulente n'est qu'une conjonctivite qui, de l'état catarrhal, est passée à la période de purulence, et qui

est un degré plus aigu de phlogose dépendant de plusieurs causes; mais, dès qu'elle est purulente, quelle qu'en soit l'origine, l'ophthalmie est contagieuse.

« Or, le principe du pus conjonctival qui est susceptible de produire la même maladie sur une conjonctive saine, doit-il être appelé *virus granuleux*, comme l'honorable M. Thiry vient de le proposer? Il me paraît que la question ne serait pas beaucoup avancée en adoptant cette dénomination; je crois, en conséquence, devoir vous soumettre encore les considérations suivantes :

« En général, on a, jusqu'à présent, donné en pathologie le nom de *virus* au principe qui, introduit dans l'organisme, ne se borne pas à une action locale, mais est absorbé et produit ensuite des phénomènes généraux, comme le font les virus de la rage canine, du vaccin, de la syphilis. Or, que voyons-nous dans l'ophthalmie militaire? Nous trouvons une inflammation de la conjonctive, plus ou moins aiguë, produite ou non par le pus que fournit un œil atteint de la même maladie, mais dont l'action est toute locale, car l'organisme d'un individu qui a été atteint d'une ophthalmie purulente, blennorrhagique, même au dernier degré, n'est point contaminé par le principe qui a donné lieu à cette ophthalmie. Nous croyons pouvoir en induire que le pus conjonctival produisant une maladie toute locale, ne peut pas être appelé *virus granuleux*.

« En outre, ne voyons-nous pas des individus portant des granulations conjonctivales *sans sécrétion purulente*, ne transmettre la maladie que si une cause quelconque ramène l'ophthalmie à l'état aigu, purulent? Ne voyons-nous pas des femmes atteintes de granulations au col de l'utérus ne communiquer jamais la blennorrhagie à leurs maris? Ne voyons-nous pas des filles publiques avec des granulations utérines ne propager l'urétrite que lorsque, à la suite de rapports sexuels trop fréquents, la muqueuse utéro-vaginale vient à sécréter une matière purulente? N'est-il pas mieux de dire que cette matière propage l'ophthalmie par une action irritante exercée sur la muqueuse conjonctivale, plutôt que de la considérer comme une conséquence d'un virus granuleux?

« Enfin, permettez-moi, Messieurs, d'ajouter que si aucun fait n'est venu jusqu'à présent prouver que l'ophthalmie militaire peut se transmettre par l'intermédiaire de l'air chargé de principes contagieux, je serai néanmoins disposé à voter toutes les mesures sanitaires que le Congrès proposera à cet égard, car je crois que les moyens hygiéniques concourent puissamment à la guérison des granulations. Ces mesures auront aussi pour résultat de s'opposer à la propagation de cette terrible maladie, qui est aussi, malheureusement, très fréquente chez nous, surtout depuis que l'*on renvoie plus souvent chez eux les militaires portant encore des granulations conjonctivales.*

« Les moyens thérapeutiques de guérir le plus sûrement et le plus promptement l'ophthalmie militaire étant généralement connus et adoptés, le Congrès aura rendu un grand service à l'humanité en faisant connaître aux gouvernements combien sont utiles et nécessaires les moyens prophylactiques. »

L'amendement de M. Thiry est mis aux voix et rejeté.

M. Loeffler (Prusse) pense qu'on peut admettre la rédaction du Comité avec un seul changement, qui est d'intercaler après les mots : « *la transmissibilité de l'ophthalmie purulente*, » les mots : « *comme cause seule et unique.* » Il croit que cette restriction est nécessaire, afin qu'on ne puisse pas confondre l'ophthalmie purulente, contagieuse avec l'ophthalmie catarrhale, qui, dans certaines conditions, serait passée à l'état purulent.

Sur l'observation de M. le Président, l'examen de cette question est ajourné à la discussion du titre IV, § 5 (p. 14).

M. Bima (Sardaigne) admet la transmissibilité de cette maladie par *contagion*. C'est reconnu en principe par les médecins sardes, et les circulaires du département de la guerre, notamment celle du 21 décembre 1836, qui renferme les mesures proposées dans le programme, en font foi. — On avait prescrit d'abord la formation, dans chaque corps infecté, d'une infirmerie à laquelle étaient renvoyés les cas légers; mais le Conseil supérieur du service de santé militaire ayant fait remarquer qu'on risquait de constituer ainsi des foyers permanents d'infection, il fut décidé que tous les ophthalmiques, indistinctement, seraient envoyés dans les hôpitaux. — Sous l'administration du ministre général de la Marmora, il fut établi une infirmerie de convalescents, où les hommes sortant des hôpitaux sont soumis à une espèce de quarantaine et scrupuleusement surveillés.

Quoique la transmissibilité par *infection* ne soit pas encore généralement acceptée par les médecins de l'armée sarde, les mesures hygiéniques qui y sont adoptées sont suffisantes pour s'y opposer. Dans une question de cette importance, alors qu'elle est entourée de doute, on ne peut pas pécher par trop de prudence.

M. Anagnostakis (Grèce) entre dans quelques considérations sur la différence qui existe entre le produit de la sécrétion purulente de l'œil et un virus tel que le virus blennorrhagique, qui sont de natures tout à fait différentes.

Il admet aussi qu'une ophthalmie catarrhale peut donner lieu à une ophthalmie purulente, comme on le voit souvent en Egypte, ainsi qu'il croit l'avoir démontré dans son « Exposé de l'état de l'ophthalmologie en Grèce, » lu dans la première séance du Congrès.

M. Loeffler insiste de nouveau sur la nécessité de faire une distinction réelle entre l'ophthalmie catarrhale et l'ophthalmie purulente.

M. le Président fait observer que c'est là une question de diagnostic, dont le Comité n'a pas eu à s'occuper.

Le § 1[er] du chapitre A est mis aux voix et adopté avec une modification indiquée par M. Merchie, et qui consiste à supprimer cette phrase : « Ce mode de transmission de la maladie, assez commun à l'époque où elle régnait à l'état aigu, est rare aujourd'hui. »

La discussion est ouverte sur le § 2.

M. Merchie (Belgique) lit la note suivante, sur la transmission de l'ophthalmie par voie miasmatique :

« Messieurs, la question de la transmissibilité de l'ophthalmie purulente, dite *militaire*, présente une importance et un intérêt si puissants, sa solution fausse ou réelle conduit à des conséquences pratiques et matérielles si étendues, que ce n'est pas seulement un droit, mais un devoir de la part de tout médecin de contribuer, pour autant qu'il est en son pouvoir, à jeter quelque lumière sur un problème tant étudié, tant discuté, et sur lequel néanmoins la science ne possède encore que des données bien vagues, bien insuffisantes.

« C'est dans l'unique but de remplir ce devoir que je viens vous soumettre les réflexions et les observations qu'une longue pratique m'a permis de recueillir.

« Le projet de solution présenté par le Comité d'organisation, à la première question de son programme, me semble trop exclusif; il me paraît trop peu conforme aux déductions de la logique et à la saine interprétation des faits pour que je puisse m'y rallier. — La part que le Comité fait au contact, soit médiat soit immédiat, n'est pas assez large. — Le service des ophthalmiques de l'hôpital que je dirige renferme en ce moment encore plusieurs malades chez lesquels l'affection s'est positivement développée par cette voie, et le chiffre

de ces malades, comparé au nombre total des hommes atteints d'ophthalmie militaire, est trop considérable pour qu'il soit permis d'affirmer que la contagion *est rare aujourd'hui*, et pour ainsi dire exceptionnelle.

« Si le Comité n'accorde qu'une action, que je crois trop restreinte, à la contagion, par contre il attribue une influence presque illimitée à un mode de transmission occulte, insaisissable, dont la réalité n'est rien moins que démontrée. Il pense que, *le plus souvent*, l'ophthalmie militaire se propage *par infection*, c'est-à-dire par l'intermédiaire de l'air atmosphérique, des literies, des vêtements, etc., qui s'imprégneraient d'un miasme déterminé, et deviendraient ainsi, dans certaines conditions, les véhicules de la transmission. — Pouvons-nous partager cette manière de voir? Pour ma part, je conserve des doutes à cet égard ; ces doutes reposent sur des faits et sur le raisonnement.

« Si le miasme adopté par le Comité existait réellement, l'énergie devrait en être prodigieuse; il serait impossible que son activité se renfermât dans les limites des salles occupées par les malades atteints d'ophthalmie; il faudrait qu'il se transmît au dehors par l'infection des objets qui y ont séjourné, et je me demande si, en ce moment même, mes vêtements ne recèleraient pas ce germe malfaisant, et si les ophthalmologues belges ici présents ne deviendraient pas des voisins redoutables pour les illustres étrangers qui siégent à leurs côtés?

« Heureusement il n'en est rien; nos hôpitaux nous en fournissent la preuve. Là, en effet, le miasme se trouve dans les conditions les plus propices à son développement, à sa condensation et à sa transmission. Une salle quelquefois peu spacieuse renferme souvent un grand nombre d'ophthalmies purulentes graves, la production des émanations doit y être immense, et avec quelle facilité la transmission ne doit-elle pas s'y opérer?... l'air contaminé des ophthalmiques se mêle à l'air respiré par les autres malades; les infirmiers circulent jour et nuit, transportent mille objets d'une salle à l'autre, les malades eux-mêmes; les médecins se chargent de colporter les émanations infectieuses d'un lit à l'autre, et cependant la propagation ne se fait pas! Pourquoi ne se fait-elle pas?... Toutes les conditions énoncées par le Comité comme favorables à la transmission ne s'y trouvent-elles pas réunies?...

« Passons des hôpitaux aux casernes. Certes, ici, les éléments d'infection, au point de vue de l'ophthalmie, ne sont pas aussi énergiques ni aussi multiples que dans les établissements hospitaliers; les ophthalmiques n'y sont jamais réunis en aussi grand nombre; le séjour des hommes dans les chambrées n'y est pas aussi continu, et cependant c'est là, s'il faut en croire le Comité, que se fait la transmission; c'est pendant la nuit, lorsque les chambres sont encombrées et devenues infectes qu'elle s'opère. Sans doute, je suis loin de contester l'influence de l'encombrement et de la viciation de l'air atmosphérique sur le développement des maladies contagieuses, mais je persiste à croire que cet ensemble de circonstances même n'explique pas suffisamment l'opinion émise par le Comité. Voyons, en effet, ce qui se passe : le soldat rentre au quartier le soir; il se couche et s'endort, les yeux fermés évidemment; or, c'est pendant son sommeil que le miasme va exercer ses ravages; et sur quelle partie des organes oculaires va-t-il agir? Est-ce sur le bord palpébral qui seul y est accessible? Nullement. Est-ce sur la région cornéale ou péri-cornéale qui est habituellement découverte? Non plus! Est-ce sur la muqueuse qui recouvre les cartilages tarses? Pas davantage. C'est sur les derniers replis oculo-palpébraux, c'est-à-dire sur les endroits les mieux protégés, les moins accessibles qu'il va développer ses effets! On ne peut donc pas admettre que le miasme agit directement... Comment le fait-il alors?

Serait-ce par absorption générale, par la respiration, par la circulation comme dans certaines maladies qui affectent l'organisme dans son ensemble? Évidemment non; il faudrait avoir une foi trop aveugle pour songer à soutenir une pareille théorie. Il n'existe aucune relation entre la cause et l'effet qui pourrait autoriser une hypothèse aussi hasardée.

« Si les opinions du Comité se bornaient à des théories, je n'y verrais pas grand inconvénient, mais elles tendent à se traduire par des faits ; elles entraînent des conséquences d'une grande portée. C'est là qu'est le mal. »

Après avoir exposé les conséquences sur l'organisation de l'armée et des établissements militaires... les charges onéreuses qui résulteraient pour l'État de l'adoption de ces mesures, M. Merchie reprend :

« Et quel sera le prix de toutes ces dépenses ? L'ophthalmie persistera, j'en suis convaincu... Comment expliquera-t-on ce résultat négatif? On accusera les médecins d'abord d'inaction, de demi-mesures, et on les rendra responsables d'un échec, uniquement imputable à une théorie vicieuse. . . . . . .

. . . .
Il ne suffit pas de démolir, il faut édifier...

« Pour nous, l'ophthalmie militaire débute sous l'influence de causes catarrhales... Les conditions inhérentes à la vie du soldat y impriment un caractère spécial, déterminé... Examinons ces conditions ; — Changement de régime, de vêtements, congestions habituelles vers la tête ; gardes de nuit, etc. L'ophthalmie militaire ressemble à ces variétés de plantes qui acquièrent des caractères particuliers dépendant de la nature du sol sur lequel elles ont pris naissance.

« Les conditions dans lesquelles vit le soldat impriment à son organisme entier une modification évidente... Or, nous savons par les expériences de M. Magendie, que les modifications générales des humeurs retentissent immédiatement sur les organes de la vue.

« L'ophthalmie militaire existe actuellement dans presque toutes les armées permanentes. Il ne faut pas croire que c'est par infection qu'elle s'est ainsi transmise dans les contrées les plus reculées de l'Europe. Cette ophthalmie se développe chez le soldat par cela même qu'il vit de la vie du soldat, de même que la mitte, le plomb attaquent le vidangeur à l'exclusion de tout autre artisan. »

Ici l'orateur cite l'exemple des soldats de l'armée d'Afrique et termine par ces mots :

« Voilà le mal... Quel est le remède? La destruction des granulations n'est qu'un palliatif... Il faut chercher à modifier les conditions d'existence du soldat quant au logement, à l'équipement, aux exercices, aux gardes, etc. »

M. Laveran (France) pense que les objections de M. Merchie manquent de précision et de justesse. Si l'ophthalmie est plus contagieuse que ne le dit le Comité, c'est une raison d'insister avec lui sur l'isolement des granulés ; si l'infection a plus de puissance, pourquoi ne pas accepter sans réserve les mesures qu'il propose.

M. Merchie paraît d'ailleurs s'abuser sur l'influence de la profession militaire comme condition de développement de l'ophthalmie contagieuse; la comparaison de sa cause à celle du plomb et de la mitte manque complétement de base.

En effet, en France, l'ophthalmie contagieuse n'existe pas dans l'armée, mais bien dans la population civile; chez des personnes vivant en commun (les orphelins du choléra, par exemple). En Algérie, où cette maladie est endémique, elle sévit plutôt sur la population civile que sur l'armée.

A ce sujet, M. Laveran pense que la comparaison des personnes atteintes confirme les observations faites en Égypte sur l'influence du méphytisme des lieux habités.

En Algérie, l'Arabe qui vit sous la tente, le soldat au bivouac ou dans une caserne aérée, échappent à l'action de l'ophthalmie purulente qui sévit particulièrement sur les colons des villages bas, insalubres, les Arabes des villes, et surtout sur les habitants des oasis entassés dans des huttes infectes, élevées sur un sol humide au pied des palmiers.

Après quelques nouvelles observations de MM. Decaisne, Laveran, Merchie, Anagnostakis, le § 2 (p. 5), est adopté, avec les modifications suivantes : les mots « le plus souvent » (lig. 15), et toute la fin du paragraphe depuis les mots « cependant » (lig. 22) jusqu'à ceux « de la maladie » (lig. 25) sont supprimés.

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 14 septembre.

La séance est ouverte à neuf heures.

Comme suite à la discussion qui a eu lieu dans la précédente séance, MM. Laveran et Lustreman (France) déposent l'amendement suivant :

« L'encombrement des locaux et l'aération insuffisante favorisent le développement des foyers d'infection, au milieu desquels les sujets jeunes, les personnes inaccoutumées, les nouvelles recrues viennent puiser le germe de l'ophthalmie contagieuse. Les foyers d'infection aggravent la maladie lorsqu'elle est développée et lui donnent une durée plus longue. »

L'amendement est mis en discussion.

M. Meynne déclare en quelques mots qu'il partage entièrement l'opinion des deux auteurs de l'amendement.

M. Stoeber (France) croit aussi devoir l'appuyer. Selon lui, la cause seule de l'encombrement suffit pour développer la maladie, et il n'est pas toujours besoin de l'intervention d'un principe contagieux, dont l'action aurait été préexistante.

M. Merchie est également porté à croire que parfois les granulations peuvent se développer spontanément.

M. Bendz (Danemark). L'historique de l'ophthalmie qui s'est montrée dernièrement en Danemark lui paraît pouvoir en éclairer l'étiologie. Cette affection n'y avait jamais été observée avant 1848; elle fut communiquée, à cette époque, à l'armée danoise par les troupes des Duchés, avec lesquelles elle fut alors en rapport. A dater de ce moment, la maladie prit beaucoup d'extension.

A la fin de la guerre, en 1851, les nouvelles recrues, venues du Holstein et qui furent incorporées dans l'armée danoise, propagèrent cette affection dans tout le Danemark.

Il est un fait constant et sur lequel on doit particulièrement insister, c'est que jamais, avant la guerre des Duchés, l'ophthalmie dite *militaire* n'y avait été observée, et jamais aucune cause catarrhale n'avait pu la produire. Jamais non plus on n'a vu en Danemark l'ophthalmie catarrhale dégénérer en ophthalmie militaire. Il est donc impossible de soutenir que, dans ce royaume, l'ophthalmie catarrhale ait été le point de départ de l'ophthalmie dite *militaire*.

M. Stoeber prend de nouveau la parole et s'occupe encore de la question de savoir si la contagion seule peut servir à expliquer le développement de la maladie, et quelle est l'influence que les autres causes peuvent avoir à cet égard.

M. Gulz (Autriche) aurait voulu voir la discussion s'établir d'abord sur la nature des granulations, afin qu'on pût bien s'entendre sur la source du *secretum* qui, pour lui, est la seule cause qui reproduise les granulations.

MM. Pauli, Hairion, Loeffler, sont encore entendus sur l'amendement, qui est enfin adopté à une assez forte majorité.

On passe au chapitre B (p. 6) : « Quel est, dans la transmissibilité de l'oph- « thalmie, le rôle que les faits permettent d'y assigner aux granulations, et « quelle est la nature de ces dernières? »

M. Hairion. Pour éviter des discussions qui, quoique intéressantes sans doute, n'auraient pas un but d'utilité pratique, et pour hâter les travaux de la section dont la tâche est encore bien considérable, je crois devoir proposer l'amendement suivant, destiné à remplacer le § B, p. 10 :

« Quelle que soit l'idée que l'on se fasse de la nature des granulations pal- « pébrales, leur présence cause le plus souvent dans la conjonctive un travail « d'inflammation avec sécrétion muco-purulente, d'où s'élèvent des émana- « tions qui constituent la source principale des granulations dites *militaires.* »

M. Gulz fait quelques observations sur cet amendement; il s'explique surtout sur les effets que peut produire sur la conjonctive l'inoculation du produit sécrétoire des granulations.

M. Hairion rend compte des expériences qu'il a faites sur le même objet. Ce n'est pas le pus sécrété par les granulations, et transporté immédiatement sur la conjonctive, qui donne lieu au développement des granulations : celles-ci proviennent des yeux sécrétant cette matière muco-purulente, bien que cette dernière, inoculée directement, n'ait jamais produit de granulations vésiculeuses.

M. Gulz répond quelques mots et revient de nouveau sur sa manière de voir quant à l'inoculation des granulations. Il insiste sur le mode de transmission du *secretum* des granulations; son opinion est qu'il n'y a pas de contagion possible sans sécrétion muco-purulente : la granulation vésiculeuse non sécrétante ne fournit pas de contagion.

M. Pauli (Bavière) croit devoir admettre l'existence de deux principes de contagion : un principe blennorrhagique et un principe vésiculeux. Le premier n'est susceptible de se développer que sur les muqueuses externes comme résultat de l'inoculation de la matière muco-purulente. Le principe vésiculeux en diffère essentiellement, en ce qu'il ne se communique que par infection au moyen de l'air. Le contact immédiat n'est pas indispensable comme pour le développement des granulations, suite du transport du secretum blennorrhoïdal ; ce dernier ne se transmet pas par l'air comme le principe vésiculeux.

MM. Hairion et Gulz prennent de nouveau la parole sur le développement des granulations par l'inoculation de la matière muco-purulente. Ces deux membres sont d'accord sur la formation des granulations sous l'influence des émanations résultant d'une sécrétion purulente; seulement, M. Gulz ne l'admet pas pour les simples granulations vésiculeuses, tandis que M. Hairion pense qu'il en est aussi de même dans ce cas, et que la sécrétion muco-purulente existe également alors, bien qu'elle soit assez peu considérable pour être constamment apparente.

M. Warlomont fait quelques observations au sujet de la distinction qu'on voudrait établir entre les granulations sécrétantes ou non sécrétantes, char-

nues ou vésiculeuses. « Cette distinction, dit-il, au point de vue pratique, est « souvent impossible, car il est fort difficile d'assigner des limites aux granu- « lations qui donnent ou ne donnent pas lieu à un produit de sécrétion. »

M. Meynne partage la manière de voir de M. Gulz sur l'importance de la distinction à établir entre les granulations accompagnées de sécrétion et celles qui ne le sont pas.

M. Thune rend compte des observations qui ont été faites à Copenhague sur les circonstances qui, dans certains cas, peuvent faire passer les granulations vésiculeuses à l'état de vascularisation. On y a vu parfois aussi les granulations vésiculeuses disparaître spontanément.

M. Hairion fait remarquer que la même observation a déjà été faite ailleurs; mais, dans l'immense majorité des cas, on ne voit pas disparaître spontanément les granulations vésiculeuses.

MM. Meynne et Warlomont s'expliquent de nouveau sur l'importance de la distinction à établir entre les granulations sécrétantes et les vésiculeuses. D'après M. Warlomont, aussi longtemps qu'on n'a pas la certitude (et elle est pratiquement impossible) que les granulations vésiculeuses ne sont pas accompagnées de sécrétion, il faut les considérer comme une des causes de l'ophthalmie, qu'on a le plus grand intérêt à faire disparaître.

M. Stromeyer (aîné) partage complétement l'opinion de M. Warlomont; il trouve que les distinctions que M. Gulz a voulu établir entre les différentes granulations sont dangereuses, et qu'il est de la plus haute importance de *guérir* les granulations vésiculeuses pour s'opposer au développement ultérieur de l'ophthalmie militaire.

M. Pontus demande la permission de faire remarquer qu'il lui paraît important de distinguer les granulations d'après leurs variétés, car le danger qu'elles présentent diffère selon qu'elles sont sécrétantes ou non sécrétantes. Les granulations vésiculeuses, par exemple, ne produisent point de sécrétion et ne sont en général pas à craindre. Chez les hommes placés dans de bonnes conditions hygiéniques et logés dans des locaux bien aérés et convenablement ventilés, on voit souvent ces granulations disparaître spontanément, ou toujours rester inoffensives. « J'ai vu, dit-il, plusieurs fois des réactions violentes succéder à l'emploi le plus méthodique des moyens les mieux indiqués pour les réprimer, et donner naissance à des conjonctivites granuleuses plus ou moins aiguës. Aussi, pour mon compte, ai-je l'habitude, dans mon régiment, de ne traiter les granulations que lorsqu'elles donnent lieu à une sécrétion. Je tiens toutefois note des hommes porteurs de granulations vésiculeuses pour ne pas les perdre de vue et les traiter au besoin avec toute la prudence possible, en choisissant l'époque de l'année (l'hiver) et les agents thérapeutiques qui d'ordinaire exposent le moins aux réactions oculaires. Je demande donc que, sans s'occuper de la nature des granulations, il soit permis de parler des variétés sous lesquelles elles se présentent le plus communément et de porter la discussion sur leur importance au point de vue du pronostic. »

M. Warlomont : « Messieurs, nous sommes jusqu'à présent tous disposés à admettre que les granulations sont contagieuses du moment où elles sont accompagnées d'un produit de sécrétion. Pour quelques-uns d'entre nous, cette condition est indispensable à la contagiosité. Eh bien, si, en théorie, cette opinion a de la valeur, pourra-t-on me dire quelle donnée sérieuse elle apportera à la pratique? Comment saurez-vous si cette granulation sécrète ou si elle ne sécrète pas? Combien faudra-t-il de ce produit de sécrétion pour que la granulation soit inoculable? Qui vous dit que telle granulation, sèche aujourd'hui, en réalité ou en apparence, ne sera pas demain sécrétante? Et s'il en est

ainsi, et vous savez combien de causes peuvent amener cette modification, ce nouveau *modus faciendi*, quelle conséquence pratique tirerez-vous de cette distinction?

« Messieurs, nous tendons à, atteindre un but pratique. La différenciation que vous cherchez à établir nous y mènera-t-elle? Non. Nous n'avons, en vérité, qu'une chose à faire, c'est de faire disparaître les granulations palpébrales, quelles qu'elles soient, parce que leur présence est, tout au moins, une épine capable de développer, presque instantanément, une inflammation qui les rendra susceptibles de se communiquer. — On dit que les vésicules palpébrales ne sont pas contagieuses par elles-mêmes ; mais, en supposant cette assertion démontrée, ne sait-on pas, d'autre part, qu'il suffira de l'action de la moindre cause pour les vasculariser et les rendre sécrétoires? Comment justifier, d'après cela, l'opinion de ceux qui prétendent qu'il ne faut rien tenter pour les faire disparaître. Comment! vous avez là un ennemi caché ; il dort; quelquefois il meurt et disparaît tout à fait, c'est vrai, sans avoir été attaqué ; mais, d'autre fois il apparaît armé de toutes pièces, prêt à tout envahir, et vous voulez attendre paisiblement ce réveil, sous prétexte que souvent il ne se manifestera pas !

« Cette conduite ne me paraît pas justifiable. On nous dit que la vésicule est de si bonne composition que souvent elle disparaît d'elle-même. Est-ce une raison pour la livrer à ses propres instincts? Si elle est si facile à guérir, guérissez-la tout d'abord, et vous aurez un ennemi de moins, et contre lequel vous n'aurez plus à vous tenir en garde.

« On me répond : Mais en agissant sur les vésicules, vous courez le risque de déterminer une irritation des paupières d'où résulteront souvent des granulations plus graves. Messieurs, cette objection n'est en vérité pas sérieuse. Nous ne sommes plus au temps où le traitement des granulations était livré à un empirisme grossier, et l'on voudra bien nous accorder que si nous cherchons à faire disparaître une granulation vésiculeuse, nous saurons trouver, pour y réussir, d'autres agents, d'autres procédés que les agents ou les procédés désorganisateurs dont on cherche à nous effrayer.

« On ajoute encore : Mais les vésicules sont si fréquentes que, si l'on isolait dans notre armée les hommes atteints de vésicules de ceux qui en sont exempts, on séparerait de l'autre une moitié au moins des soldats. Cela n'est pas exact, à beaucoup près; et cela fût-il démontré, j'y trouverais une raison de plus de tout essayer pour faire disparaître ces vésicules si nombreuses, et qui, en somme, constituent toujours au moins un état anormal, susceptible d'entraîner des conséquences fâcheuses que chacun reconnaît possibles et que, pour nous, nous affirmons très fréquentes. »

Après le rejet des changements proposéspar MM. Loeffler et Thune, l'amendement de M. Hairion est adopté avec la modification demandée par M. Merchie, et qui consiste à dire : « une des causes du développement, » au lieu de : « la cause principale. » Le paragraphe B est donc remplacé par la rédaction suivante :

« Quelle que soit l'idée qu'on se fasse des granulations palpébrales, leur « présence cause le plus souvent dans la conjonctive un travail d'inflammation « avec sécrétion muco-purulente, d'où s'élèvent des émanations qui consti- « tuent une des causes du développement des granulations dites *militaires.* »

La discussion est ouverte sur le chapitre C (p. 8) :

« Est-il une formule de traitement dont l'expérience ait sanctionné la supé- « riorité dans le traitement de l'ophthalmie militaire? »

M. Marques dit que, puisqu'il s'agit de savoir s'il y a une formule de traitement dont l'expérience ait sanctionné la supériorité dans le traitement de l'ophthalmie militaire, ce serait le moment d'exposer ce qu'on pense dans son pays, non pas du traitement de la maladie, considéré en général, mais des moyens employés contre le phénomène le plus important de l'affection — la granulation palpébrale. Mais comme il a écrit à ce sujet une note qu'il a ajoutée à son mémoire, il croit seulement devoir faire connaître, en peu de mots, que tous les moyens conseillés jusqu'à présent contre les granulations ont été essayés dans les hôpitaux militaires portugais, sans que pourtant on puisse se dire satisfait de leurs résultats, très-souvent incertains et parfois dangereux. Le crayon de nitrate d'argent a été d'ailleurs l'agent le plus profitable, et de toutes les autres méthodes de traitement, c'est celle de M. Buys, par l'acétate de plomb, que l'expérience a condamnée le plus. M. Marques s'en réfère ensuite, pour les résultats de l'expérience qui en a été faite, à ceux qui ont été publiés par la presse médicale portugaise.

C'est pour remédier à ce défaut d'une méthode digne d'une confiance entière, que M. Marques a fait connaître dans son journal l'*Escholiaste medico*, le traitement recommandé par M. France, de Londres, et qui a été essayé à Lisbonne par M. Sa Mendes avec les résultats les plus satisfaisants. Les malades traités par cette méthode sont déjà en assez grand nombre pour qu'on puisse dire, en effet, qu'on possède un traitement d'une légitime supériorité sur tous les autres connus jusqu'à ce jour.

M. Marques expose en quelques mots en quoi consiste le procédé de M. France. Ce sont des scarifications faites par une méthode particulière, c'est-à-dire de petites incisions parallèles au bord libre de la paupière, très-superficielles, de très peu d'étendue, mais qui arrivent quelquefois jusqu'à quarante ou cinquante. A ces incisions on ajoute l'action astringente du sulfate de cuivre, aussitôt que le sang a cessé de couler. Dans des cas exceptionnels, selon la méthode de M. France, on pratique la division de l'angle externe de l'œil, pour empêcher le frottement si nuisible des granulations sur la cornée.

Pour de plus amples détails, M. Marques renvoie à son mémoire. Il termine en disant que le nitrate d'argent est néanmoins encore considéré en Portugal comme le plus avantageux parmi les moyens employés auparavant, et que, dans des cas, à vrai dire rares, où les scarifications n'ont pas donné tout le succès que l'on en attendait, on essaie l'action bienfaisante de cet agent modificateur.

M. Montaut (Espagne). « L'ophthalmie granuleuse, sous toutes ses différentes formes, est très-fréquente en Espagne. Livré à la pratique spéciale des maladies de l'œil depuis 1843, j'ai eu l'occasion de combattre cette maladie chez un nombre considérable d'individus, non-seulement dans le civil, mais aussi chez des soldats, en ma qualité de professeur du Corps de santé militaire, auquel j'ai l'honneur d'appartenir.

« L'expérience m'a démontré que les scarifications sont un excellent moyen pour combattre les granulations vascularisées, avec sécrétion, tandis que les granulations vésiculeuses ou commençantes cèdent avec facilité à l'acétate de plomb ou au sulfate de cuivre.

« Quand les granulations sont végétantes, et cette forme est malheureusement très-fréquente dans l'armée espagnole, les scarifications sont alors insuffisantes, et l'excision est indispensable.

« Cette excision s'exécute de deux manières différentes : d'abord avec le scarificateur que j'ai l'honneur de vous présenter ici, et ensuite au moyen des ciseaux, lorsque ces granulations sont très volumineuses ; c'est aussi la pra-

tique de notre très honorable confrère le docteur Guépin (de Nantes), qui assiste également au Congrès. (Les deux instruments dont je me sers ont été fabriqués par l'habile coutelier de Paris, M. Charrière.) Après l'excision, je touche la paupière opérée avec le sulfate de cuivre, et cette opération est répétée aussi longtemps qu'il reste quelque végétation. »

M. Jean de Kabath (Russie) recommande tout particulièrement l'emploi du nitrate d'argent en crayon ou en solution, soit seul, soit alterné avec le sulfate de cuivre : « Il est préférable, dit-il, à tous les autres agents, à cause de sa prompte efficacité, et parce qu'il anéantit le processus blennorrhoïdal. » M. de Kabath cite à l'appui de son assertion des faits très convaincants, dont on trouvera la relation dans le mémoire qui est déposé. (V. ce *Mémoire.*)

M. Gulz croit devoir faire remarquer qu'il ne peut y avoir de traitement exclusif, absolu, et que les moyens curatifs doivent toujours se régler d'après les différents stades de la maladie.

M. Gobée ne veut pas abuser des moments de la section en lisant un mémoire où sont exposées ses vues sur le traitement de l'ophthalmie militaire. (V. ce *Mémoire.*) Il fait seulement observer qu'en Hollande on cautérise, dans la blennorrhée aiguë, les paupières avec le crayon de nitrate d'argent pour faire avorter l'inflammation, et que ce traitement a toujours donné lieu aux meilleurs résultats.

M. Desmarres entre dans quelques détails sur un moyen opératoire qu'il croit propre à empêcher la destruction de la cornée dans l'ophthalmie purulente. Il cite à ce sujet l'observation suivante :

« M. X... âgé de 21 ans, demeurant à Paris, rue Beaubourg, 42, est pris, le 20 avril 1856, d'une blennorrhagie urétrale. Le 5 mai, l'œil gauche se prend d'une ophthalmie purulente des plus intenses, accompagnée d'un chémosis phlegmoneux que les cautérisations avec le nitrate d'argent, les scarifications profondes, les émissions sanguines locales énergiques ne peuvent arrêter dans son développement. Du deuxième au troisième jour, la cornée fut détruite en totalité et l'iris tout entier le traversa. Le lendemain, 9 du même mois, l'œil droit se prit de la même manière, et le mal en vingt-quatre heures fit des progrès des plus rapides. La purulence était des plus marquées, et un chémosis semblable à celui qui avait été remarqué dans l'autre œil s'était développé avec rapidité. M'appuyant alors sur l'observation de ces faits, dans lesquels la cornée, s'ouvrant rapidement sur un point de sa circonférence, est conservée dans sa totalité, je pratique l'opération suivante : l'œil est fixé avec des élévateurs et une pince, comme dans la pupille artificielle, et le couteau lancéolaire de Beer est plongé dans la cornée à la partie supérieure externe de cette membrane, à deux millimètres environ de la sclérotique. Aussitôt le couteau est remplacé par un petit emporte-pièce, qui est l'instrument de M. Guépin pour la pupille artificielle, mais à demi-grandeur. Je pratique sur la cornée une perte de substance semi-annulaire de deux millimètres de diamètre environ. L'iris vient aussitôt faire hernie dans cette plaie, et afin qu'il ne la ferme pas, j'y fais une perte de substance d'un coup de ciseaux. A partir de ce moment, la fistule établie reste ouverte cinq jours, et pendant ce temps tous les symptômes qui menaçaient la cornée disparurent entièrement. La petite plaie se cicatrisa régulièrement et l'œil se guérit complétement.

« Aujourd'hui 16 septembre 1857, la vue est à l'état physiologique, le malade lit sans difficulté le n° 1 de Jaeger, depuis 10 centimètres jusqu'à 40. Le malade a repris son état de chapelier depuis l'année dernière. La pupille est un peu déformée en haut et en dehors; la cornée présente à l'endroit où elle a subi une perte de substance une tache de la grandeur d'un grain de millet, et qui n'offre ni élévation ni vaisseaux apparents. »

M. Bima. Dans le principe de l'épidémie, en 1835, 36, 37 et 38, il y eut de grands dissentiments entre les médecins dirigeant le service dans les hôpitaux de Gênes, Alexandrie et Chambéry. Mais le Conseil supérieur de santé, prenant conseil des résultats obtenus, ne tarda pas à se faire une idée exacte du traitement à préférer dans les divers degrés et les différentes périodes de la maladie. Il conseilla d'en faire l'essai, mais sans l'imposer d'une manière absolue aux chefs de service, ni vouloir enchaîner leur action.

Dès 1833, le commandeur Riberi, alors président du Conseil supérieur de santé, ayant réuni dans sa clinique chirurgicale, à l'hôpital Saint-Jean à Turin, quelques militaires réformés, porteurs d'accidents oculaires graves, avait attiré l'attention de ses auditeurs sur le rôle que jouent les granulations comme cause mécanique des altérations de la cornée, et sur la nécessité de diriger contre ces granulations un traitement convenable.

On ne peut douter par conséquent que, dès cette époque déjà, les médecins piémontais connussent les moyens les plus efficaces de traiter l'ophthalmie militaire. On ne pourrait nier cependant que tous n'étaient pas pourvus de la patience et de la persévérance nécessaires pour ne pas céder quelquefois à l'importunité des malades, et permettre leur sortie de l'hôpital avant leur parfaite guérison. — C'est ce qui explique pourquoi la maladie existe encore dans l'armée sarde.

M. Stromeyer (aîné) pense que, dans le traitement, il serait bon de s'occuper plus qu'on ne le fait de la partie hygiénique, car souvent une bonne hygiène est plus avantageuse dans la cure des granulations que tous les autres moyens; un air pur et abondant est plus utile que la plupart des agents qu'on emploie habituellement contre ces productions anormales. Aussi, maintenant en Allemagne, la cautérisation proprement dite perd du terrain de jour en jour, et les moyens les plus doux, les collyres qui n'ont pas une action caustique, sont ceux qu'on préfère en général.

Le chapitre C (p. 8) est mis aux voix et adopté à l'unanimité. La séance est levée à midi.

Séance du 15 septembre.

La séance est ouverte à neuf heures. M. le président recommande de nouveau à messieurs les membres de la section de ne pas perdre de vue le but pratique que doivent avoir leurs travaux.

M. Muller demande à être autorisé à lire la partie de son mémoire qui concerne la nature des granulations. M. le président de la section ne peut lui donner actuellement cette autorisation, mais il fera une démarche auprès de M. le président du Congrès, afin que M. Muller puisse lire son mémoire en séance générale.

La discussion est ouverte sur le chapitre D (p. 8) :

« Quelles sont les meilleures mesures à prendre pour prévenir l'apparition « et empêcher la propagation de l'ophthalmie militaire? »

M. le Président expose les motifs pour lesquels le Comité d'organisation a adopté la division de ce chapitre en quatre paragraphes.

M. Meynne pense que la discussion de ces paragraphes, tels qu'ils sont disposés, est maintenant inutile, puisqu'on devra discuter de nouveau les mêmes objets à l'occasion des paragraphes de détail.

M. le Président n'est pas de cet avis; il lui semble que la division est nécessaire pour donner un peu d'ordre à la discussion.

Après quelques observations de MM. Laveran et Decaisne, l'ordre du projet de solution est admis.

Le § Ier est mis en discussion.

M. Loeffler propose d'adopter d'emblée les 13 premiers articles.

M. Meynne ne veut pas aller aussi vite que l'honorable M. Loeffler; il propose seulement la discussion immédiate de l'art. 1er.

Le § Ier est adopté sans discussion.

On passe au § II (p. 9).

M. Laveran voudrait voir changer la rédaction de ce paragraphe, surtout quant aux mots de *désinfection des locaux*, car la nécessité de cette désinfection n'est pas démontrée pour tout le monde.

M. Meynne s'élève contre la rédaction de ce paragraphe. Il croit que cette proposition exagère les dangers de la contagion par voie miasmatique. « Déjà, la majorité de la section, dit-il, a combattu cette idée en faisant disparaître la seconde moitié du § 2 de la page 5 : pour rester conséquents, nous devons encore modifier le paragraphe en discussion. »

M. Hairion. « Le point de savoir si les locaux habités par des hommes ayant été atteints d'ophthalmie seront ou non désinfectés, est de la plus haute importance. En 1828 et 1829, on croyait que l'infection des locaux était la cause de la persistance de l'ophthalmie dans l'armée, mais on ne tenait pas compte alors du grand nombre de granulés qui se trouvaient dans ses rangs. Si l'on veut complétement extirper le mal, il faut franchement l'attaquer dans ses deux principales sources. La désinfection des locaux et des objets contaminés et le traitement des granulations, permettent d'atteindre ce but. En 1828, on n'a fait la chose qu'à moitié, comme on peut le dire encore depuis lors; car si maintenant on s'occupe de faire disparaître les granulations, on néglige la désinfection des locaux. Ce n'est qu'en agissant à la fois contre ces deux causes qui entretiennent l'ophthalmie dans l'armée, qu'on pourra arriver à un résultat complet, définitif, comme je l'ai déjà obtenu, d'ailleurs, dans les circonstances que j'ai rapportées dans la première séance. »

M. Decaisne croit devoir s'opposer à l'adoption de ce paragraphe. « Le Comité de rédaction semble considérer nos casernes, dit-il, comme un foyer permanent d'infection. Je ne pense pas que cette assertion soit bien fondée, car on ne conserve pas d'ophthalmiques dans les casernes, et ce ne sont pas les individus porteurs de granulations vésiculeuses qui peuvent servir à former un semblable foyer. Si, en effet, on admettait l'opinion du Comité, tous les objets devraient être désinfectés, même ceux appartenant aux individus atteints seulement de granulations vésiculeuses.

« Lorsque l'armée française, en 1832, a occupé les locaux que venait d'habiter l'armée belge, elle n'a pas été infectée, et ce fait nous paraît avoir une haute signification sur l'importance des foyers d'infection que renfermeraient nos casernes. Je crois, dit l'honorable membre en terminant, pouvoir maintenir tout ce que j'ai déjà dit à ce sujet : les miasmes fixés sur les murs des casernes, sur une foule d'objets, etc., n'existent que dans l'imagination de certaines personnes. Enfin, on ne voit pas le moindre accident être la suite des rapports que les hommes atteints de granulations vésiculeuses peuvent avoir avec des hommes sains; les granulations, dans cet état de simplicité, sans sécrétion muco-purulente, ne sauraient servir à propager le mal. Ce qui se passe à la prison d'Alost, et j'invoque ici le témoignage de mon confrère le docteur Pontus, pourrait, au besoin, en être la preuve la plus convaincante. »

M. Stromeyer (aîné) pense qu'il serait utile de faire une distinction par rapport à la désinfection des locaux. Il est, en effet, certains endroits dans les habitations qu'on ne peut trop assainir, les latrines, par exemple, ou autres lieux pouvant fournir des émanations dangereuses. La désinfection par le chlore, à laquelle on n'a pas cru devoir recourir dans l'armée hanovrienne, ne semble pas jouir d'une grande efficacité, et l'on n'y attache pas la moindre importance. M. Stromeyer est, dans tous les cas, bien convaincu que les hommes atteints de granulations doivent toujours être considérés comme une des principales sources de l'ophthalmie.

M. Bendz admet l'existence d'un miasme, et son mémoire sur l'ophthalmie militaire, déposé au Congrès, renferme plusieurs passages à l'appui de cette assertion, corroborée par de nombreuses citations d'autres ouvrages sur l'ophthalmie.

La granulation vésiculeuse qui est, d'après lui, le premier degré de la maladie, n'est pas directement contagieuse : ce n'est que plus tard, quand cette granulation s'est vascularisée sous l'influence d'une cause quelconque, qu'il se forme une sécrétion pouvant reproduire la maladie.

M. Pontus. « Les membres du Comité me paraissent faire jouer à l'infection un trop grand rôle dans la production de l'ophthalmie militaire. Permettez moi, Messieurs, de vous citer un fait dans le but d'éclairer la question : au mois de décembre 1850, j'ai reçu ordre de reprendre le service de la maison de détention militaire établie à Alost et d'y introduire toutes les prescriptions réglementaires en vigueur dans l'armée. Le service de cet établissement était confié, depuis 16 à 17 ans, à un médecin et à un chirurgien civils, et pendant ce temps, aucune visite générale oculaire n'avait été jugée nécessaire.

« Ma première visite des 800 hommes détenus alors dans la maison, me fit découvrir 79 individus atteints de granulations chroniques, presque toutes accompagnées d'une sécrétion muqueuse; quelques hommes seulement portaient des granulations avec sécrétion muco-purulente. Tous ces granulés couchaient dans des dortoirs différents, et chaque dortoir en comptait un nombre à peu près égal.

« Jusqu'à cette époque, j'avais toujours accordé à l'infection, comme presque tous mes collègues de l'armée, une grande part dans la propagation de l'ophthalmie militaire; je fus donc étonné de ne pas trouver un plus grand nombre de granulés et d'apprendre que les ophthalmies militaires aiguës étaient rares dans un établissement où se trouvaient réunis tant d'hommes sortant des rangs de l'armée, et où l'on ne soumettait pas les yeux à des visites régulières.

« En parcourant les locaux occupés par les détenus, je constatai qu'il y existait presque partout et en tout temps une ventilation assez considérable, ce qui me donna à penser que c'était sans doute à cette heureuse condition hygiénique que l'on devait l'innocuité du séjour des granulés parmi les hommes sains. Je commençai à avoir moins peur de l'infection, et, après avoir fait adopter quelques mesures destinées à assurer une aération encore plus généreuse dans tout l'établissement, je me bornai à faire entrer à l'infirmerie les quelques granulés avec sécrétion muco-purulente.

« Quant aux hommes affectés de granulations vésiculeuses non sécrétantes, ou bien de granulations ne produisant qu'une sécrétion muqueuse, je ne craignis pas de les laisser au milieu de leurs camarades.

« Je profitai de l'après-dînée du samedi pour les traiter, parce qu'il n'y avait point de travail et que le dimanche était encore pour eux un jour de repos.

« Avant la fin du premier trimestre 1851, tous les granulés étaient guéris;

ceux qui restaient à la fin du trimestre étaient de nouveaux condamnés, entrés dans la maison depuis ma première visite. — Il est bon d'ajouter qu'aucune désinfection n'a été pratiquée.

« Ce fait et quelques autres, que j'ai eu l'occasion d'observer depuis, sont venus considérablement restreindre dans mon esprit l'importance de l'infection dans l'ophthalmie militaire. »

M. Warlomont croit que l'on se méprend étrangement sur la signification du mot *désinfection*. Étendre la ventilation jusqu'à ses dernières limites, faire disparaître par des courants d'air bien ménagés les miasmes contenus dans les chambrées, n'est-ce pas désinfecter, et où a-t-on vu qu'il fallût des agents chimiques pour obtenir la neutralisation des principes morbifiques? En Suède, à l'hôpital des Séraphins de Stockholm, par exemple, tous les locaux occupés par les malades sont évacués pendant plusieurs semaines de l'année; toutes les fenêtres et les portes sont largement ouvertes pour établir de forts courants d'air dans le but de chasser les miasmes. N'est-ce pas là une belle et bonne désinfection?

Quel inconvénient trouverait-on à recommander semblable mesure pour les casernes, hôpitaux, etc., occupés par les soldats granulés, toutes les fois que la chose sera possible, et à y aider par le blanchîment des murs?

Il pense donc que l'observation de M. Pontus, loin d'infirmer l'importance de l'infection ne fait que la corroborer.

MM. Decaisne et Hairion échangent quelques explications sur le fait cité par le dernier, et dans lequel il s'agissait des pensionnats de Thildonck et de Malines. M. Hairion affirme de nouveau que cette ophthalmie était réellement de la même nature que celle de l'armée et qu'elle s'est transmise par contagion.

M. Bendz rapporte un fait qui lui semble prouver la nécessité de désinfecter les casernes. L'affection granuleuse s'était montrée sous la forme la plus simple dans le corps de la garde danoise, dont il est le médecin, et dont la force est de 5,000 hommes environ; et comme elle y faisait des progrès continus, il proposa de faire évacuer la caserne pendant un certain temps. Les soldats ont été logés sous des tentes, et, à partir de ce moment, le nombre des granulés a commencé à décroître considérablement, et, au bout de 4 mois, le nombre en était réduit à 7.

M. de Kabath lit la partie de son mémoire qui concerne l'historique et l'étiologie de la maladie en Russie.

M. Stromeyer (Ernest) cite quelques faits qui viennent à l'appui de ce qu'a dit M. Hairion sur l'utilité des mesures de désinfection dans certains cas. En Hanovre, on a constaté que c'est principalement dans trois ou quatre villes qu'on rencontre le plus de granulés, et dans la ville de Hanovre même, c'est une caserne qui les produit presque exclusivement. Le développement et la propagation des granulations dépendent fréquemment des conditions hygiéniques des locaux.

On peut bien, jusqu'à un certain point, adopter certaines mesures ayant pour but de désinfecter les locaux, mais la véritable, la plus puissante désinfection des casernes est une bonne ventilation permanente, et c'est là aussi le moyen le plus sûr de s'opposer à l'extension du mal.

M. Fallot fait voir combien il est difficile d'expliquer pourquoi telle ou telle caserne favorise le développement de l'ophthalmie. Le miasme n'est pas un agent matériel dont on puisse démontrer l'existence physiquement, on ne le connaît que par ses effets. On a de tout temps cité des faits qui prouvent que certains locaux ont été le siége de prédilection de l'ophthalmie : il en est

ainsi pour les casernes de Mayence et de Namur. Mais la question de désinfection des locaux, dans le doute même, doit être résolue affirmativement, à cause des conséquences que la non-exécution de cette mesure peut entraîner. N'est-ce pas d'ailleurs le même but qu'on veut atteindre quand on recommande une ventilation active, incessante, pour éliminer, par l'air sans cesse renouvelé, le principe miasmatique qui est alors extrêmement *dilué* et entraîné pour ainsi dire à mesure qu'il se développe.

M. Pauli revient sur la distinction qu'on doit établir entre le principe vésiculeux, qui diffère du principe blennorrhoïdal contagieux. Le premier n'est pas contagieux, et tant que la vésicule reste intacte, qu'un travail d'inflammation ne vient pas s'ajouter à la sécrétion muco-purulente, blennorrhoïdale, la contagion ne peut exister.

Le § II, amendé par M. Stromeyer (Ernest) et sous-amendé par M. Hairion, est adopté dans les termes suivants :

« L'assainissement et, s'il y a lieu, la désinfection des locaux (casernes, « prisons, hôpitaux, etc.) et des objets à l'usage des soldats. »

Les § III et IV sont admis sans discussion.

On passe aux articles de ces divers paragraphes.

Art. 1°. « On ordonnera dans les corps des visites sévères, fréquentes et « minutieuses. »

M. Meynne a présenté un amendement ayant pour but d'ordonner de visiter également les hommes qui vont en congé, ou reviennent après une absence quelconque.

M. Fallot s'oppose à cet amendement, par la raison que les mesures d'exécution peuvent varier selon les pays : c'est aux médecins à apprécier ce qui convient le mieux à ce sujet.

L'amendement de M. Meynne est rejeté, et l'art. 1° est adopté avec la rédaction du Comité.

Art. 2°. « On instituera des salles de granulés, destinées exclusivement aux « hommes atteints de granulations, et l'on dirigera sur les hôpitaux ceux dont « l'état exigera d'autres soins que le traitement mis en usage contre les granu-« lations. »

M. Gobée donne quelques renseignements sur l'état de l'ophthalmie en Hollande; elle y a aujourd'hui presque totalement disparu, et jamais cependant on n'y a reconnu la nécessité d'établir des salles de granulés. Il ne pense donc pas que celles-ci soient aussi utiles que le Comité semble le croire.

M. Fallot est d'avis que cet article a une grande importance et qu'il doit être maintenu. En effet, il faut toujours, autant que possible, séparer les hommes atteints de granulations des hommes sains, et surveiller attentivement les premiers; car les granulations, même sous la forme la plus bénigne, peuvent prendre en vingt-quatre heures, et sous l'influence d'une cause quelconque, un développement capable d'entraîner des conséquences plus ou moins graves.

M. Bima pense que la séparation, dans une même caserne, des granulés d'avec les hommes sains, est une mesure insuffisante. Selon lui, tout individu atteint de granulations doit être envoyé aux hôpitaux : il a déposé une note écrite sur les mesures qui ont été prises en 1836 et plus tard en Sardaigne pour l'extinction de l'ophthalmie militaire. Il résume comme suit ses vues sur la prophylaxie :

Ce serait une chose fort désirable que l'extinction de cette maladie, et elle s'obtiendra le plus sûrement : 1° en améliorant autant que possible la condition hygiénique du soldat; 2° en visitant scrupuleusement les malades

et les envoyant dans les hôpitaux; 3° en les y guérissant radicalement; 4° en ne rendant à leur famille que ceux qui ne présenteraient ni granulations, ni aucun autre reste de la maladie.

Quant à la première condition, en présence des soins que porte au soldat M. le Ministre de la guerre, secondé par l'administration, et autant que cela est compatible avec l'état des finances, il ne reste rien à faire de ce chef en Piémont. Quant à la deuxième, il suffit d'y faire exécuter avec rigueur les règlements existants. Troisièmement, on pourrait se demander s'il est préférable d'abandonner, comme cela se fait aujourd'hui, à chaque garnison le soin de ses ophthalmiques, ou de les réunir, comme cela a déjà eu lieu, dans un même local ou un petit nombre de localités, et d'en confier le traitement à des hommes d'une expérience éprouvée. — La quatrième et dernière condition est prévue dans les règlements; car, d'une part la maladie est déclarée contagieuse, et de l'autre il est ordonné qu'aucun homme ne peut rentrer dans ses foyers d'une manière quelconque, sans porter sur sa feuille de route la signature du médecin de l'établissement d'où il sort, attestant qu'il n'est porteur d'aucune maladie contagieuse.

En procédant ainsi, l'orateur pense qu'avant peu il n'y aura plus dans l'armée qu'un petit nombre de cas d'ophthalmie, dus à des causes traumatiques ou à des causes communes, et que bientôt on verra disparaître l'accusation lancée contre les armées, de répandre dans la population le fléau de l'ophthalmie militaire.

Enfin, l'orateur répète ce qu'il a déjà dit dans la première séance de la section, que le meilleur moyen de combattre l'extension indéfinie de l'ophthalmie dans les casernes, c'est d'établir dans les cours des fontaines pourvues d'un robinet, où chaque soldat pourra aller se laver, sans devoir recourir à des ustensiles ayant servi à d'autres. Bien entendu que, comme cela à lieu en Piémont, chaque soldat aura son essuie-mains en propre.

Ce système a été introduit pour la première fois dans la caserne de l'artillerie de Pavie et y a produit les meilleurs résultats. Il est actuellement en voie de se généraliser.

L'art. 2° est adopté.

Art. 3°. « Ces salles seront vastes, bien aérées et assez activement surveillées « pour empêcher les soldats infectés de communiquer avec les hommes sains.»

MM. Decaisne et Meynne ont déposé des amendements. M. Decaisne a proposé son amendement parce qu'il pense qu'il est inutile de séquestrer complétement les granulés, le traitement qu'on leur fait subir rendant la contagion presque impossible.

M. Meynne, qui, dans son amendement, a demandé que la sphère respiratoire de chaque homme fût fixée, pense qu'il serait de la plus haute importance que le Congrès prît une décision à cet égard en fixant un minimum de mètres cubes d'air par homme. Ce minimum, il croit devoir le porter à 25 mètres cubes. Si le Congrès prenait une semblable initiative, on ne verrait pas sans doute transgresser si souvent cette loi de l'hygiène, en donnant aux soldats un volume d'air tout à fait insuffisant, et que les chefs de corps, dans bien des circonstances, croient pouvoir réduire encore.

M. E. Stromeyer appuie de toutes ses forces cet amendement. Dans une caserne qu'on vient de construire à Hanovre, il a fortement insisté pour faire accorder à chaque homme un volume d'air au moins aussi considérable.

M. Dechange se rallie à l'amendement de M. Meynne : il fait valoir plusieurs motifs sur l'utilité qu'il y aurait à fixer, dans les casernes, un minimum de 25 mètres cubes d'air par homme.

M. Hairion fait observer que la question de ventilation des casernes, surtout quant au volume d'air à accorder à chaque homme, n'est pas encore résolue de la même manière par tout le monde et que, par conséquent, il serait prudent d'ajourner cette question.

L'amendement de M. Meynne n'est pas adopté.

L'art. 3° reste tel qu'il a été rédigé par le Comité.

Art. 4°. « Les hommes atteints de granulations avec blennorrhée seront « séparés de ceux qui présentent des granulations sans sécrétion. »

M. Thune propose, sous forme d'amendement, de dire qu'on doit envoyer les hommes à l'hôpital, au lieu de les faire entrer aux salles des granulés, quand il existe une certaine sécrétion.

Après quelques observations de M. Hairion, l'art. 4° est adopté sans changement.

Art. 5°. « Tous les jours, après sa visite, le médecin désignera ceux qui « peuvent faire entièrement leur service et ceux dont le service doit être allégé « ou complétement interrompu. »

M. Laveran propose de remplacer cet article par le suivant :

« L'emploi du temps des hommes atteints de granulations sera réglé d'après « les conseils des médecins. »

Cette modification est adoptée.

N. B. Il est entendu que la note jointe à l'article 5° ne sera pas reproduite.

Art. 6° et 8°. « Dans les hôpitaux, on séparera les ophthalmiques des autres « malades; on classera également les ophthalmiques par catégories séparées, « d'après le degré de gravité de leur maladie, l'abondance de la suppura- « tion, etc. Les convalescents seront placés dans des quartiers isolés et soumis « à une surveillance spéciale. » — « Chacun y aura en propre son essuie- « mains et les ustensiles à son usage. » — Adoptés.

Art. 7°. « A leur entrée à l'hôpital, les ophthalmiques seront nettoyés et « recevront un lit et des vêtements propres. » — Supprimé.

Art. 9°. « La plus grande propreté doit régner dans les salles, et l'air y être « suffisamment renouvelé par une ventilation convenable. » — Cet article est adopté avec la modification proposée par M. Stromeyer aîné, consistant à ajouter le mot « continue » après « ventilation convenable. »

Art. 10°. « Après la visite du matin, il faut évacuer les salles qui peuvent « l'être sans inconvénient pour les malades, les aérer, et ne les rouvrir qu'aux « heures des repas et du coucher. Hors de là, les malades prendront, autant « que leur état le permettra, de l'exercice à la cour, au jardin, dans des gale- « ries couvertes ou des salles de rechange, suivant la saison, les commodités « et les ressources des locaux. Dans les salles qui ne peuvent être évacuées, « on devra entretenir un dégagement lent de chlore. » — Adopté sans discussion.

Art. 11°. « De temps en temps, on devra faire évacuer les salles pour quel- « ques jours et les désinfecter, ainsi que les literies. » — Adopté avec la suppression des mots : « ainsi que les literies » demandée par M. Decaisne.

Art. 12°. « On fera désinfecter, comme pour les hommes atteints de la gale, « les habits que portaient les ophthalmiques à leur entrée à l'hôpital, ceux « qui leur ont servi pendant le séjour qu'ils y ont fait, ainsi que leurs lite- « ries. » — Adopté après une courte discussion, à laquelle ont pris part MM. Decaisne, Stromeyer et Fallot, le premier demandant la suppression de cet article, et les deux derniers étant d'avis qu'il y avait une certaine importance à le conserver dans son entier.

Art. 13°. « A leur sortie de l'hôpital, les militaires seront dirigés : *a*) s'ils

« sont entièrement rétablis, sur leurs corps, où ils seront soumis à une sur-
« veillance active; *b*) s'ils offrent encore des traces de granulations, sur la
« salle des granulés; *c*) sur un établissement central, espèce d'institut ophthal-
« mique, s'ils sont jugés impropres au service. » — Adopté sans changement, malgré quelques nouvelles remarques de M. Bima, qui ne peut admettre qu'on renvoie de l'hôpital dans les corps les hommes conservant des granulations palpébrales. Il rappelle et recommande les mesures prises dans ces circonstances en Piémont.

Art. 14°. « On réunira dans cet établissement une commission de médecins
« chargée d'examiner les militaires en traitement qui leur seront présentés
« comme devant être éloignés du service, du chef de l'une ou de l'autre affec-
« tion oculaire. A des époques déterminées, cette même commission exami-
« nera les hommes pensionnés provisoirement pour affections contractées au
« service. Ceux dont la commission estimera que la situation est encore sus-
« ceptible de s'améliorer par des procédés thérapeutiques seront conservés
« en traitement. Ceux qui sont déjà pensionnés provisoirement, et au sujet
« desquels elle croira devoir prononcer l'ajournement définitif ou provisoire,
« seront renvoyés immédiatement dans leurs foyers, tandis que les militaires
« non encore pensionnés provisoirement seront renvoyés à leurs dépôts res-
« pectifs, munis d'un certificat constatant leur incapacité au service. » — Adopté, mais en supprimant toute la seconde partie, qui commence à la phrase : « A des époques déterminées, etc. » suppression à laquelle se rallie le bureau.

Art. 15°. « Dans des cas véritablement exceptionnels, il pourra y avoir
« lieu à renvoyer un convalescent d'ophthalmie dans ses foyers, mais en ayant
« soin d'indiquer aux parents et à lui-même les précautions à prendre pour
« empêcher la maladie dont il est atteint de se communiquer à d'autres. » — Adopté après quelques explications données par M. Fallot.

La séance est levée à midi.

Séance du 16 septembre.

La séance est ouverte à neuf heures.

M. le Président fait part à l'assemblée du désir qui lui a été manifesté, qu'une partie de la séance fût consacrée à l'examen de la question de la nature des granulations. A cet effet, il engage les membres qui prendront la parole à être aussi brefs que possible, pour qu'il puisse, après que tous les articles, qui restent à discuter auront été votés, accéder à ce désir.

L'ordre du jour appelle la discussion des articles du titre II. (p. 12.)

Art. 16°. « Désinfecter les casernes, les prisons, les hôpitaux et tous les
« objets à l'usage du soldat. »

M. Decaisne demande la suppression des considérations qui précèdent cet article (p. 11 et 12) ainsi que de l'article lui-même, qui fait réellement ici un double emploi.

M. Hairion souscrit à ce qu'on supprime toutes les considérations qui précèdent l'art. 16°, mais ce dernier doit être maintenu. On pourra néanmoins le modifier en adoptant la rédaction du titre II; il sera alors rédigé comme suit:

« L'assainissement et, s'il y a lieu, la désinfection des locaux (casernes,
« prisons, hôpitaux, etc.) et des objets à l'usage des soldats. »

Cette nouvelle rédaction est approuvée.

On passe au titre III (p. 12).

La première partie de ce titre, avec tout qui a rapport aux causes et qui est indiqué dans les §§ *a*, *b*, *c*, est admise sans discussion importante.

Art. 17°. « Éviter l'encombrement dans les casernes, prisons corps de « garde, etc. ; faire en sorte que les soldats soient placés à la plus grande « distance possible les uns des autres. »

M. Merchie propose de déterminer l'espace dont chaque soldat devra pouvoir disposer, afin de lui donner ainsi le volume d'air reconnu le plus généralement comme nécessaire à l'entretien de sa santé. Les gouvernements n'ont pas adopté partout la même règle à cet égard, c'est pourquoi il pense qu'il serait important que l'influence du Congrès pût les engager à ne pas s'écarter, à l'avenir, d'une mesure hygiénique dont l'inobservance doit avoir les suites les plus fâcheuses. C'est dans ce but qu'il vient déposer l'amendement suivant :

« Éviter l'encombrement dans les casernes, prisons, corps de garde, etc., « en donnant à chaque homme au moins 20 mètres cubes d'espace. »

M. Gulz. En Autriche, ce point a été décidé réglementairement, et l'on y a adopté un minimum qui dépasse celui proposé dans l'amendement de M. Merchie. Il appuie d'ailleurs cet amendement de toutes ses forces, car il considère aussi cet objet comme d'une très haute importance, et comme pouvant exercer l'influence la plus puissante sur le développement ou l'extirpation de l'ophthalmie militaire.

M. Stromeyer (Ernest) fait observer qu'il a déjà émis l'opinion que le minimum d'espace à fixer par homme doit être au moins de 25 mètres cubes.

L'amendement de M. Merchie est adopté et remplacera l'art. 17°.

Art. 18°. « Entretenir dans ces locaux un air pur, et veiller à ce que la plus « grande propreté y règne. »

M. Decaisne expose les motifs pour lesquels il voudrait voir réunir les art. 18° et 22°. Le nouvel article serait rédigé de la manière suivante :

« Y entretenir un air pur; veiller à ce que la plus grande propreté règne « dans ces locaux et autour du soldat. » — Ce changement est adopté.

M. Meynne propose d'ajouter au nouvel art. 18° un article complémentaire fixant l'étendue des chambres destinées au logement des soldats. La question des grandes ou des petites chambres dans les casernes a été soulevée fort souvent; il serait utile que le Congrès se prononçât sur ce point. L'étendue des chambres a des rapports directs avec la contagion de l'ophthalmie, en même temps qu'elle intéresse l'hygiène générale des habitations.

M. Warlomont reconnaît toute l'importance de cette question ; mais cette importance même lui fait craindre qu'on ne puisse y accorder tout le temps nécessaire. Il demande, en tous cas, que la discussion des articles soit continuée auparavant, sauf à ouvrir la discussion sur la question incidentielle dès que le programme sera épuisé.

M. Laveran. Une question hygiénique aussi importante que celle que vient de soulever M. Meynne ne peut pas se décider en quelques minutes; ce n'est pas au pas de course qu'on peut émettre un vote sur un point semblable, qui se rattache à une foule de considérations de plusieurs espèces, et ce n'est qu'après mûre réflexion qu'on pourra aborder la solution d'un tel problème.

Après une réponse de M. Meynne, qui fait valoir plusieurs motifs en faveur de sa proposition, il est décidé que celle-ci sera discutée dès que le programme aura été épuisé, si le temps le permet encore.

Art. 19°. « Empêcher, par des mesures sévères et rigoureusement observées.

« que des corps ou des portions de corps infectés aient des rapports avec « ceux qui ne le sont pas. »

D'après M. Thune, on devrait établir des mesures spéciales, afin que les granulés n'aient aucune relation possible avec les hommes sains.

Après quelques courtes explications de M. Hairion sur le sens et la portée de cet article, dans lequel il n'est question que de granulés, il est voté sans changement.

Art. 20. « Empêcher que le soldat s'expose aux causes de refroidissement, « à l'action d'une lumière vive, d'une atmosphère chargée de poussière ou « viciée de quelque manière que ce soit. »

M. Loeffler. Si cet article concerne les hommes sains, je crois devoir en demander la suppression.

M. Hairion fait observer qu'il s'agit toujours de granulés.

M. Meynne propose d'ajouter à l'art. 20° les mots suivants : « remplacer les « chemises de toile des soldats par des chemises de coton. »

Il considère les chemises de toile comme cause de fréquents refroidissements, surtout en été. « Le soldat, dit-il, au retour des manœuvres et exercices, rentre à la caserne en pleine transpiration. Aussitôt il ôte sa veste ou sa tunique, et sa chemise mouillée lui fait sur les épaules l'effet d'un drap glacé. Cette imprudence, que tous les conseils possibles ne préviendront pas, serait moins à craindre si les chemises étaient de coton. »

L'article 20° est adopté avec l'amendement de M. Meynne, qui y sera annexé.

Art. 21°. « S'assurer si toutes les enveloppes qui recouvrent le cou et la tête « n'exercent aucune espèce de compression sur ces parties. » — Adopté.

Art. 23°. « Employer contre les granulations naissantes (granulations vési- « culeuses, *qu'il faut bien se garder de négliger*) les moyens qui exposent le « moins aux réactions vives et à l'inflammation de la conjonctive. » — Adopté.

L'art. 22° a été réuni à l'art. 18°.

Art. 24°. « Envoyer immédiatement aux hôpitaux les hommes atteints « d'ophthalmie, de maladies cutanées et de gonorrhée. »

M. Decaisne demande qu'on suprime les mots : « de maladies cutanées » car il ne voit nullement l'utilité de la mesure recommandée dans cet article, quant aux hommes atteints de ce genre de maladies.

M. Merchie appuie cette demande.

Cette suppression est approuvée, et l'article ainsi modifié, est adopté :

Art. 25°. « Redoubler de soins pendant les recrudescences de l'épidémie, « inspecter journellement les soldats, examiner soigneusement leurs yeux, « afin de pouvoir envoyer aux hôpitaux, infirmeries ou salles de granulés, « dès l'invasion du mal, ceux qui en sont atteints. Si l'épidémie vient à sévir « violemment dans une caserne, l'évacuer aussitôt, séparer les hommes « atteints de ceux qui ne le sont pas, éloigner le régiment et le séquestrer « dans des localités spacieuses jusqu'à ce que l'ophthalmie soit entièrement « éteinte, laver les literies et les habits qui ont servi aux malades, désinfecter « les objets qui ne sont pas susceptibles d'être lavés, et blanchir les murs. »

M. Decaisne voudrait voir modifier la rédaction de cet article et en voir retrancher tout ce qui suit : « laver les literies et les habits, etc. »

En effet, il lui semble inutile de pousser les désinfections aussi loin, c'est là, pour lui, un luxe de précautions exagéré, et il ne sait pas réellement sur quelle base repose l'opinion qui conseille de faire désinfecter les murs et les effets des soldats.

M. Hairion fait la remarque qu'il est question ici de combattre une épidémie qui peut occasionner les plus grands ravages, et dont la contagion peut

acquérir une activité extrême. Or, en présence d'un mal dont les suites sont si terribles, s'il n'est pas arrêté dans son principe, on ne doit négliger aucune mesure de précaution, et il vaut mieux certainement alors pécher par excès que par défaut de mesures prophylactiques.

L'article est adopté en entier avec la rédaction du Comité.

A la suite d'explications échangées entre quelques membres, il est résolu que les mots : « En temps de guerre » (lig. 9 *en rem.*) peuvent être supprimés.

Ici M. Meynne propose, pour remplacer l'art. 22°, qui a été supprimé, une mesure prescrivant à chaque soldat de se laver séparément. Dans l'armée belge, dit-il, chaque soldat a maintenant un bassin en fer-blanc, distiné à cet usage, mais il n'y a pas longtemps que les hommes, au réveil, allaient se laver ensemble dans des cuves ou des seaux, où les ophthalmiques venaient se mêler aux hommes sains. Peut-être dans d'autres armées cet abus existe-t-il encore.

M. Merchie. « Je suis d'avis qu'il n'est pas prudent d'accorder un vase particulier à chaque soldat, car cette mesure peut avoir plus d'inconvénients que d'utilité. Il arrivera, en effet, assez souvent qu'un soldat, pour ne pas se donner la peine d'aller chercher de l'eau lui-même, se servira du vase de son camarade, et quand on sait ce qui se passe dans les chambrées, on prévoit qu'il en devra fréquemment être ainsi. Je pense qu'il serait préférable d'établir dans chaque caserne des lavoirs avec robinets, où chaque soldat viendrait se laver à une eau courante; on éviterait bien mieux de cette manière les dangers de la contagion, qu'au moyen du bassin recommandé par M. Meynne. En conséquence, il dépose l'amendement suivant :

« Établir dans les casernes des lavoirs avec jets d'eau ou robinets, où « chaque soldat pourra se laver séparément. »

M. Bima. J'ai déjà signalé, dans la première séance, qu'il existait dans certaines casernes du Piémont des lavoirs ou petites fontaines où les soldats viennent se laver isolément. Les observations qu'on a eu l'occasion de faire dans les régiments logés dans ces casernes prouvent que le nombre d'ophthalmiques y a toujours été très peu considérable, et que l'ophthalmie n'y a jamais sévi avec une grande intensité. Comme mesure hygiénique pouvant se rattacher au point actuellement en discussion, j'ajouterai que, dans l'armée piémontaise, chaque soldat possède un essuie-mains. »

M. Warlomont prend part à la discussion et expose les motifs qui lui semblent plaider en faveur de l'amendement.

M. Meynne déclare qu'il se rallie à l'amendement de M. Merchie.

M. Seutin. « La facilité avec laquelle on peut maintenant, dans beaucoup de grandes villes, fournir de l'eau en abondance à tous les étages des maisons, doit nous engager, dans la construction des nouvelles casernes, à demander l'établissement de ces lavoirs dans les corridors des différents étages ; ce serait là sans contredit une chose fort avantageuse, surtout pendant l'hiver. »

M. Loeffler. « Je m'oppose à l'amendement de M. Merchie, car la mesure qu'il veut faire adopter me semble tout à fait impraticable dans une foule de circonstances ; ainsi en marche, dans les cantonnements, au camp, etc. J'admettrais plutôt la proposition de M. Meynne, car on peut de cette manière, et la mesure est d'une facile exécution, s'opposer parfaitement à ce genre de contagion. »

M. Merchie répond au préopinant qu'il a eu surtout en vue de remédier à ce qui se passe de dangereux à cet égard dans les casernes, et que, dans les circonstances exceptionnelles dont il a fait mention, les mêmes inconvénients n'existent ordinairement pas, car les soldats vivent alors presque toujours d'une manière isolée.

M. Decaisne. « L'occasion me semble favorable pour dire quelques mots sur les casernes qu'on construit de nos jours. Ces locaux sont en général fort imparfaits, et il serait bon qu'on signalât à tous les gouvernements les vices nombreux de ceux qui existent et de ceux qu'on construit. En général, les bâtiments destinés à la population militaire ne sont pas faits avec le soin, le luxe peut-on même dire, avec lesquels on construit les prisons ou d'autres établissements semblables. C'est là, on ne saurait le contester, un fait très regrettable, et contre lequel doivent protester tous les médecins militaires. »

La proposition de M. Meynne, amendée par M. Merchie, est adoptée; l'article nouveau remplacera l'art. 22°, qui a été supprimé; il est conçu en ces termes :

« Établir dans les casernes des lavoirs avec jets d'eau ou robinets, permet-
« tant à chaque soldat de se laver séparément, et à l'eau qui a servi de s'écouler
« immédiatement au dehors. »

Le titre IV est mis en discussion.

Les considérations qui précèdent le § 1er (p. 13) sont admises sans observation.

Le § 1er (p. 14) donne lieu à des débats sérieux.

M. Merchie. « Cet article est d'une importance qui n'échappera à personne; les conséquences peuvent en être excessivement graves. Il s'agit, en effet, de décider si une maladie doit être considérée comme existant déjà, alors que les phénomènes physiques qui en indiquent la présence dans le tissu où elle a son siége, ne sont pas accessibles encore à nos sens. Il est, selon nous, impossible d'admettre que des *granulations latentes* puissent exister si le tissu de la conjonctive n'offre aucune altération matérielle, indiquant la modification granulaire de cette membrane. Le doute est bien souvent permis au début de l'affection, s'il s'agit d'affirmer que les granulations ou l'ophthalmie qu'on a sous les yeux doivent être rapportées à un germe latent, ayant existé plus ou moins longtemps avant l'apparition de l'état granuleux visible à l'œil nu. »

M. Decaisne. « Je demande la suppression de tout cet article; il me répugne d'admettre que la conjonctive, sans présenter d'altération dans sa texture, puisse réceler les germes de l'ophthalmie granuleuse. Ce ne sont que des vues spéculatives de l'esprit, et qui ne reposent pas sur les faits. »

M. Stromeyer (aîné). « Je crois que cet article a été rédigé par des médecins militaires fort au courant des questions pratiques qui se rattachent à l'ophthalmie, dite *militaire*. Après une visite très minutieuse, un soldat sera déclaré exempt de granulations, et deux ou trois jours plus tard, après avoir quitté son corps, il offrira, sous l'influence d'une cause occasionnelle, des granulations avec toutes leurs conséquences fatales, et apparaissant avec une rapidité étonnante, sans qu'il ait été soumis à une nouvelle contagion : c'est là un fait qu'il n'est pas rare de rencontrer dans certaines circonstances. »

M. Melchior. « Pour moi, je considère cet article non-seulement comme inutile, mais même comme dangereux. On n'est jamais en droit d'affirmer qu'il existait un germe latent avant l'évolution des granulations, et il faudrait autre chose qu'une simple assertion pour admettre un semblable fait. »

M. Gobée. « J'admets volontiers que l'expression de *granulations latentes* est impropre, et qu'il est difficile de comprendre anatomiquement ce qu'on a voulu désigner sous ce nom. Cependant le fait signalé dans cet article est réel, et beaucoup de médecins militaires sont d'accord que les choses doivent se passer ainsi, dans un certain nombre de cas, qu'il serait tout à fait impossible d'expliquer de toute autre manière. »

M. Merchie, en répondant à M. Stromeyer, fait remarquer que c'est surtout le *granulations latentes* qu'il a voulu parler, et qu'il n'a pas émis d'opinion sur a prétendue période d'incubation qui précèderait le développement granuaire dû à l'infection miasmatique ou à la contagion.

M. Bendz. « Cet article, dont je reconnais toute l'importance, me semble devoir être maintenu, car il constate un fait d'une vérité incontestable, et dont bien les médecins militaires ont déjà eu plus d'une fois l'occasion de s'assurer. En effet, on ne peut contester qu'il y a, lors de toute contagion ou infection, une certaine période d'incubation pendant laquelle le germe est réellement à l'état latent. Il est vrai que l'expression de granulations latentes n'est pas exacte, car on ne pourrait entendre par là que les corpuscules glandulaires de a conjonctive, recélant, pendant un temps plus ou moins long, le germe de l'ophthalmie, lesquels, sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque, éprouveraient une modification pathologique qui les ferait passer à l'état de véritables granulations. »

M. Gulz partage entièrement l'opinion de M. Merchie sur l'impossibilité de reconnaître et d'admettre la maladie, en l'absence de toute lésion matérielle de la conjonctive. La théorie de ce germe latent lui paraît une chose très hypothétique, car il possède des faits qui lui ont démontré que, dans certaines circonstances, les granulations peuvent se développer spontanément.

M. Loeffler. Cet article est fort important, car il s'agit d'une mesure de la plus grande portée. Si l'existence de granulations latentes est une chose contestable, il n'en est pas de même pour la période d'incubation pendant laquelle le germe de l'ophthalmie reste à l'état latent; c'est pourquoi il voudrait rédiger cet article de la manière suivante: *la disposition étant donnée pour produire un développement rapide des granulations, il ne faut que l'action d'une cause irritante*, etc.

M. Decaisne. « Je crois devoir expliquer ma proposition en ce sens, que je demande seulement la suppression de ce qui précède la phrase: « pour donner un développement, etc. »

M. Hairion. Cet article, personne ne l'ignore, peut avoir des conséquences graves pour les gouvernements ; mais l'intérêt du soldat est-il moins sacré? Dans quelques circonstances, et sous l'influence de certaines causes occasionnelles, le développement des granulations se fait avec une rapidité inconcevable, et il est facile de se tromper dans le jugement qu'on pourrait être appelé à porter sur la date à laquelle en remonte l'évolution. Ainsi, des hommes visités avant d'être renvoyés dans leurs foyers ont été reconnus comme ayant les conjonctives tout à fait saines, et quelques jours plus tard, au sein de leur famille, les granulations se sont montrées avec une incroyable rapidité, et ont servi à propager la maladie à plusieurs de ses membres. C'est en présence de faits semblables qu'on a voulu accuser les médecins militaires d'avoir renvoyé chez eux des hommes porteurs de granulations. Aussi, pour obvier à cela, l'administration du Service de santé belge a-t-elle obtenu du Ministre de la guerre l'ordre de faire signer la cartouche de tous ces hommes avant leur départ, et d'y déclarer qu'ils ne présentent aucun germe apparent, d'ophthalmie.

On comprend facilement que, si les faits signalés dans cet article peuvent avoir des conséquences importantes pour le trésor public, les intérêts du soldat ne doivent pas être moins écoutés dans cette circonstance, surtout quand il est démontré qu'il a contracté son mal sous les drapeaux, et que c'est bien à l'ophthalmie militaire qu'il est permis d'attribuer les accidents qui lui ont fait perdre plus ou moins la vue. « Je pourrais, dit en terminant M. Hairion,

citer à cet effet quelques faits prouvant d'une manière irréfragable la vérité de ce que je viens d'avancer. »

M. Melchior croit devoir répéter encore qu'il considère cet article comme dangereux : en l'admettant, on mettrait l'officier de santé, chaque fois qu'il serait appelé à statuer sur l'état des yeux d'un soldat avant son renvoi du corps, on le mettrait, dit-il, dans la fausse position de décider s'il existe ou s'il n'existe pas de germe d'ophthalmie.

M. Merchie. Dans cet article, semble-t-il, on veut mettre le médecin militaire dans la nécessité de reconnaître l'existence de granulations *insaisissables à l'œil nu :* or, ce serait là lui créer une foule d'embarras, et l'on ne sait trop comment il pourrait parvenir à s'en tirer. Devra-t-il par hasard avoir recours à un instrument d'optique grossissant les objets, chaque fois qu'il aura à se prononcer sur l'existence de ces granulations? C'est là, il faut en convenir, une chose insoutenable.

M. Hairion. Les difficultés qu'on prétend reconnaître dans la mesure recommandée dans cet article ne sont pas telles qu'on s'est plu à le dire ; il est, en effet, dans la plupart des cas, un moyen bien simple d'arriver à un résultat presque certain, c'est d'apprécier depuis quel temps le soldat a quitté son corps. Ainsi, un militaire, visité avant son départ en congé et jugé sain, est reconnu atteint de granulations ou d'ophthalmie granuleuse trois ou quatre jours plus tard ; ne devra-t-on pas admettre alors qu'il a puisé le germe de l'ophthalmie dans l'armée dont il vient de faire partie?

M. Warlomont. Il est beaucoup d'observations qui prouvent que des soldats, reconnus exempts de granulations à leur départ du régiment, ont été atteints de granulations ou d'ophthalmie purulente, qu'ils ont communiquées à leur famille, peu de temps après leur retour dans leurs foyers.

Ces faits sont signalés, chaque année, lors des visites entreprises dans les provinces, sur l'invitation de M. le Ministre de la justice, pour constater les droits à la pension, du chef de cécité plus ou moins complète, que des militaires, qui viennent de quitter le service, réclament du gouvernement.

Dira-t-on, dans ces cas, que le militaire qui vient de quitter les drapeaux était sain au départ? Si cette conclusion fait l'affaire de l'État, elle ne peut faire celle du malade, et les intérêts de celui-ci ne doivent pas être négligés. On reconnaît une période d'incubation à toutes les maladies, pourquoi en refuserait-on une à l'ophthalmie granulaire, alors qu'on a tant de raisons de l'admettre?

M. Laveran. Ce serait peut-être ici le moment de s'occuper de la question de savoir si la maladie est toujours due à la contagion, ou si elle peut quelquefois se développer spontanément sous l'influence de causes catarrhales ou d'irritation. L'opinion qui admet la contagion comme cause unique s'est jusqu'à présent produite sans contradiction. Il serait sans doute utile que l'opinion contraire pût aussi se faire entendre.

M. Gulz. « Je demande la permission de citer un fait qui me semble prouver d'une manière frappante le développement spontané des granulations dans certaines circonstances. Je suppose, comme cela se voit parfois en Autriche, que mille hommes choisis, robustes, venant de la campagne, soient placés dans une caserne qui ne devrait en contenir que cinq cents : eh bien! parmi ces mille soldats, dont aucun n'était porteur de granulations, on verra au bout d'un certain temps, d'une année environ, et sous l'influence seule de l'encombrement, apparaître des granulations, et sans qu'on puisse les attribuer à une contagion qui en aurait été le point de départ.

La suppression du § 1er (p. 14) est prononcée.

Le § 2, qui devient maintenant § 1er, est voté avec la modification indiquée par M. Lustreman, et qui consiste à dire : « n'est pas bornée, » au lieu de : « n'est plus bornée. »

Les §§ 3 et 4 sont adoptés sans observation.

On passe à la discussion du § 5.

Plusieurs amendements ont été déposés :

1° Celui de M. Pontus, ainsi conçu : « Sous l'influence de causes d'irritation « des organes oculaires, de mauvaises conditions hygiéniques, de l'encombre- « ment surtout, des faits prouvent que l'ophthalmie catarrhale, sporadique ou « épidémique, peut arrêter la forme granuleuse ou purulente, et servir de « point de départ à une nouvelle épidémie. »

2° Celui de M. Gulz : « Enfin les faits prouvent que sous l'influence de « certaines conditions contraires à l'hygiène, l'encombrement surtout, l'oph- « thalmie militaire peut se développer spontanément. »

3° Celui de M. Loeffler : « Les faits semblent prouver que, aussi de nos « jours, la contagion est la seule source de l'ophthalmie militaire, et qu'on « pourra arriver un jour à son extirpation complète si, aux mesures qui pré- « cèdent, on ajoute les suivantes, etc., etc. »

4° M. Melchior propose un sous-amendement qui consiste à ajouter à l'amendement de M. Pontus, que les choses ne peuvent avoir lieu de la manière indiquée, que dans une garnison où l'ophthalmie dite *militaire* a déjà régné antérieurement.

L'amendement de M. Loeffler s'éloignant le plus de la rédaction du Comité est d'abord mis aux voix. — Il est rejeté.

Vient ensuite l'amendement de M. Gulz, qui n'est pas admis.

Reste l'amendement de M. Pontus, qui en expose le but en quelques mots. Il fait surtout observer que, dans beaucoup de cas, il est impossible d'établir nettement la ligne de démarcation entre l'ophthalmie catarrhale et l'ophthalmie granuleuse, et qu'il est ainsi bien difficile de rapporter toujours à la contagion le développement de l'ophthalmie militaire. Aussi, pour ne pas donner aux faits une signification qu'ils ne peuvent avoir, on est bien forcé d'admettre que, parfois, c'est aux causes catarrhales qu'il faut attribuer les granulations ou l'ophthalmie purulente.

M. Gulz adopte en partie la manière de voir de M. Pontus : il désirerait cependant une modification à l'amendement que ce membre a proposé, et qui lui semble ne pas exprimer exactement tout ce qu'on doit dire.

MM. Laveran et Lustreman insistent aussi sur la modification à faire subir à l'amendement de M. Pontus ; ils proposent de remplacer les mots : « la forme granuleuse ou purulente » par ceux de : « les caractères de l'ophthalmie dite *militaire*. »

M. Pontus accède à ce changement.

M. Marques appuie l'article tel qu'il a été rédigé par le Comité. Car, pour lui, c'est un fait incontestable que, en Portugal, l'ophthalmie militaire doit son origine à une ophthalmie catarrhale.

Le sous-amendement de M. Melchior n'étant pas appuyé, l'amendement de M. Pontus est mis aux voix, et adopté avec la modification mentionnée plus haut, et proposée par MM. Laveran et Lustreman.

Art. 26°. « Dans le recrutement, visiter avec le plus grand soin les hommes « sur le point d'être incorporés et envoyer incontinent en traitement, soit dans « les hôpitaux, soit dans les salles de granulés, selon le degré de leur affec- « tion, et avant qu'ils aient eu aucun contact avec les hommes du corps « auquel ils vont appartenir, tous ceux qui sont atteints de granulations « susceptibles d'une prompte guérison. » — Adopté.

Art. 27°. « Visiter rigoureusement, avant leur départ, tous les hommes ren-
« voyés dans leurs foyers à un titre quelconque, retenir ceux qui pourraient
« transmettre l'ophthalmie, soumettre les hommes sains sortant d'un foyer
« d'infection à des ablutions savonneuses, et désinfecter les objets dont ils se
« sont servis. »

M. Decaisne demande la suppression de la seconde partie de cet article. Il pense qu'il y aurait beaucoup de difficultés à exécuter complétement les mesures prescrites : c'est vraiment là, d'après lui, un excès de précautions.

Après une courte réponse de M. Hairion, l'article est adopté dans toute sa teneur.

Art. 28°. « Visiter immédiatement tout homme rentrant au corps après une
« absence quelconque. » Adopté.

Art. 29°. « Redoubler de soins et de vigilance lorsque l'ophthalmie est sur
« le point de disparaître d'un corps. » Adopté.

Art. 30°. « Le fléau une fois éteint, continuer pendant longtemps encore la
« même surveillance dans les casernes, les prisons, les hôpitaux, et s'as-
« surer que les mesures hygiéniques sont fidèlement et ponctuellement exécu-
« tées. » Adopté sans discussion.

Les considérations qui suivent l'art. 30° (p. 15) sont adoptées après une simple lecture.

M. Lustreman (France) demande à communiquer quelques observations sur l'identité de l'ophthalmie militaire et de l'ophthalmie catarrhale. L'heure avancée ne permettant pas d'entendre cette communication, M. Lustreman en fera l'objet d'une note qui sera insérée au Compte-rendu. (Voir *aux Annexes.*)

La séance est levée à midi.

DEUXIÈME SECTION.

Président : M. VAN ROOSBROECK; Secrétaire : M. CROCQ.

MM. LES MEMBRES INSCRITS DANS LA SECTION SONT :

Messieurs

Adamowicz.
Ammon (d').
Anagnostakis.
Ancelon.
Arlt.
Bartmer.
Baswitz.
Bauduin.
Boniver.
Borlée.
Borodine.
Bowman.
Calvo y Martin.
Cervera.
Cornaz.
Crocq.
Desmarres.
Donders.
Esmarck.
Froebelius.
Gioja.
Gioppi.
Gluge.
Graefe (Von).
Guépin.
Hasner.
Herschel.
Hess.
Heyman.
Homburger.
Horner.
Hoyack.
Jaeger (E.)
Januskiewicz.
Kabath (J. de).
Königshöfer.
Küchler.
Lamberty.
Levrat.
Matuschenkow.
Melchior.
Müller (Ch.).
Muralt (Von).
Niffle.
Ortiz.
Pagenstecher.
Palasciano.
Picard.
Ponti (F.).
Poznanski.
Quadri
Quaglino.
Riboli.
Roberts.
Rossander.
Rossi.
Rothmund.
Samarelli.
Schotten.
Serre (d'Uzès).
Sichel.
Sprengler.
Tenore.
Udekem (d').
Van Biervliet.
Van Roosbroeck.
Vleminckx (V.).
Vogelsang.
Willebrant (Von).
Zylinski.

Séance du 13 septembre.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. le Président appelle au bureau comme vice-présidents : MM. Desmarres (France), Ed. Jaeger (Autriche), Bowman (Angleterre), Quadri (Naples), Calvo y Martin (Espagne), et Bauduin (Pays-Bas).

La première question à l'ordre du jour est la suivante :

« Quelle est l'influence que la découverte de l'ophthalmoscope a exercée « sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'œil ?»

M. Quadri dit que cette question se résout en quelque sorte d'elle-même ; l'ophthalmoscope a donné au diagnostic et au traitement des affections ocu-

laires une certitude qu'ils n'avaient pas. Il a d'abord douté de sa haute valeur; mais après avoir parcouru l'Allemagne et avoir vu les résultats qu'en obtenaient les savants de ce pays, il est resté convaincu que cette découverte était appelée à rendre d'immenses services. Personne ne peut d'ailleurs mettre ce point en doute.

M. Serre (d'Uzès) ne veut en aucune façon contester les services rendus par l'ophthalmoscope; mais il ne faut pas en abuser; il ne faut pas croire qu'il rende inutiles les autres moyens d'exploration, et qu'à lui seul il puisse suffire. Il faut savoir établir sa limite, le point où cesse sa sphère d'action. Il ne peut nous faire voir que les phénomènes objectifs, anatomiques; mais à côté d'eux se trouvent les troubles fonctionnels, subjectifs, qui sont tout aussi importants et qui parfois existent seuls. — Si par exemple il y a un épanchement en avant de la rétine, ou bien si le nerf optique est seul malade, sans que ni la rétine, ni aucune autre partie de l'œil le soient, l'ophthalmoscope n'apprendra rien sur la nature et la gravité de la lésion. Dans ces cas, il existe un moyen qui va plus loin que l'ophthalmoscope, qui donne en quelque sorte la mesure de la lésion de l'appareil nerveux, de sa lésion fonctionnelle : ce moyen, c'est la lumière phosphénienne.

M. Serre (d'Uzès) établit qu'il y a un rapport direct et constant entre la production des phosphènes et la sensibilité des parties de la rétine que l'on explore; que la lumière phosphénienne ou subjective produit un effet qui est toujours en rapport avec celui produit par la lumière externe ou subjective. Il dit que ce moyen peut dévoiler une maladie que l'ophthalmoscope ne permet pas encore de constater positivement, parce que les lésions matérielles n'ont pas encore eu le temps de s'y établir. Il cite un malade qu'il a vu il y a deux jours à la clinique de M. Desmarres, et chez lequel l'ophthalmoscope n'indiquait rien; sur quatre phosphènes qui auraient dû exister, trois manquaient à l'appel. Il ne faut donc pas être exclusif; il faut fixer les limites de ces deux méthodes d'exploration, les faire marcher de pair, afin qu'elles se contrôlent, s'appuient et se suppléent mutuellement.

M. Von Graefe croit que personne ne doute que l'examen ophthalmoscopique ne doive constamment être accompagné de l'examen fonctionnel; et il ne faut pas uniquement s'occuper des phosphènes, comme l'a fait M. Serre (d'Uzès), mais de tous les actes fonctionnels de l'organe visuel. — Quant à la valeur des phosphènes eux-mêmes, M. Von Graefe ne partage pas l'opinion de l'honorable préopinant, parce qu'il n'est nullement établi, comme celui-ci l'a dit, qu'il y ait une relation constante entre la susceptibilité de la rétine pour la lumière objective et la vivacité de la lumière subjective ou phosphénienne.

M. Desmarres insiste sur l'immense utilité de l'ophthalmoscope. Il désire que le Congrès se prononce sur ce point d'une façon catégorique, afin de porter la conviction chez les praticiens, nombreux encore, qui révoquent en doute ses services. Il déplore que son usage soit si peu répandu en France.

M. Sichel croit que l'ophthalmoscope n'a pas besoin qu'on prenne sa défense; on ne peut pas plus nier ses services que la lumière du soleil. Il ne montre sans doute pas les lésions fonctionnelles, mais il n'en a pas la prétention; il n'exclut pas lés autres moyens de diagnostic, il leur vient en aide d'une manière puissante. Ainsi, dans l'amaurose cérébrale, il ne montre rien, mais c'est encore là un signe très utile, quoique négatif; M. Sichel l'a remarqué très souvent, car l'amaurose cérébrale, qu'il a le premier signalée, est plus commune à Paris que partout ailleurs; elle forme à peu près la moitié des cas d'amaurose qui s'y présentent.

L'usage de l'ophthalmoscope est sans doute moins répandu en France qu'en

Allemagne ; mais il n'est pourtant pas exclu. Dans ce dernier pays, la plupart des médecins l'emploient habituellement, et l'on y tombe même dans l'excès à cet égard ; dernièrement, une thèse défendue dans une université allemande énonçait cette proposition : « Désormais plus de diagnostic possible en ophthalmologie sans ophthalmoscope. » M. Sichel combat ces excès; il rappelle qu'on reconnaissait et qu'on traitait les maladies oculaires avec succès avant l'ophthalmoscope, qui n'en est pas moins une admirable découverte.

M. Sichel est d'accord avec M. Von Graefe pour ce qui concerne les phosphènes; il n'a pas vu qu'il y eût un rapport constant entre eux et le degré de la maladie, il a observé des maladies oculaires incurables dans lesquelles les phosphènes se manifestaient. Il n'en dira pas plus, les phosphènes n'étant pas en discussion.

M. Sichel termine en demandant que le Congrès s'occupe de déterminer les maladies dans lesquelles l'examen ophthalmoscopique est utile ou nécessaire, et celles dans lesquelles il ne l'est pas.

M. Von Graefe croit qu'il rendra surtout de grands services dans les opacités et les lésions du cristallin, du corps vitré et de la rétine. Il pense que, même dans les cas d'amaurose cérébrale, l'ophthalmoscope peut fournir d'utiles données pour le pronostic. Celui-ci est favorable lorsque la rétine est pellucide et que ses vaisseaux sont normaux, alors même que le malade ne saurait plus lire même de gros caractères. Il est défavorable lorsque la substance du nerf devient opaque, blanche, comme fibreuse, et que les vaisseaux tendent à disparaître.

M. Sichel croit qu'il vaut mieux continuer la discussion générale, et réserver à plus tard la question des amauroses cérébrales.

M. Kuchler pense qu'il faudrait diviser la discussion en trois points principaux : 1° Quelle est l'utilité de l'ophthalmoscope? 2° Quel est à peu près le champ de son application, à quels états du globe oculaire peut-il être appliqué; 3° Quel est son degré d'utilité dans les différents cas spéciaux?

M. Quadri fait remarquer qu'il y a encore d'autres points de science que la section doit discuter, des points très importants; il y a donc un inconvénient à donner à cette discussion une telle extension.

M. Calvo y Martin compare l'ophthalmoscope au sthétoscope de Laënnec; comme lui, il fournit des signes objectifs, anatomiques, là où autrefois on devait se contenter de signes subjectifs, sujets à induire en erreur. Il a donné au diagnostic plus de précision, à tel point qu'en fort peu de temps, avec l'habitude de l'instrument, on peut arriver à une certitude qui ne s'acquérait autrefois que par de longues années de pratique.

M. le Président propose de voter sur les propositions soumises au Congrès.

M. Donders propose de ne pas voter, à cause du danger qu'il y a toujours à trancher par un vote une question de science.

Après quelques observations de M. Kuchler, Crocq, Von Graefe et Warlomont, la proposition de M. Donders est adoptée.

M. Donders fait remarquer que de la discussion ressort un fait bien positif, c'est que personne n'a nié les résultats de l'ophthalmoscopie. Celle-ci reste donc un fait acquis à la science.

M. Desmarres fait remarquer que, sans émettre un vote, le Congrès peut prouver par une manifestation quel prix il attache à ce moyen d'exploration.

M. Kuchler croit que tout le monde doit désirer que l'on continue la discussion sur l'ophthalmoscope. Pour quelle eût lieu avec fruit, il faudrait qu'un membre se chargeât de dresser sur ce point quelques propositions qui seraient discutées dans la prochaine séance.

M. le Président prie MM. Von Graefe et Heyman (de Dresde), de vouloir bien se charger de ce soin. Ce dernier y consent volontiers.

Il formulera ces propositions pour la séance d'après-demain. (*V.* la séance du 15.)

L'ordre du jour appelle la discussion sur la deuxième question, ainsi conçue : « Quels sont les agents qui concourent ou qui président à l'accommodation « de l'œil? »

M. le docteur Schauenburg (de Bonn), n'ayant pu assister au Congrès, envoie la note suivante, relative à la question en discussion :

« A. Nous regardons comme un fait démontré que, dans l'accommodation à des distances éloignées, les fibres rayonnées de l'iris se contractent, tandis que l'anneau formé par leurs insertions au sphincter pupillaire, se relâche, ou plutôt est maintenu en état de relâchement, de sorte que la pupille est dilatée. Il en résulte nécessairement les conséquences suivantes :

« *a*) La pression circulaire que le cristallin subit toujours de la part du bord pupillaire, est plus largement répartie et moins intense;

« *b*) La voussure de la face antérieure du cristallin, pour autant qu'elle résulte de cette pression, devient moins prononcée;

« *c*) La distance du centre du cristallin au centre de la cornée augmente;

« *d*) La chambre antérieure acquiert une plus grande capacité;

« En conséquence, dans l'accomplissement de cet acte visuel, le bord pupillaire de l'iris se retire vers la circonférence du cristallin, tandis que l'humeur aqueuse passe entre les deux pour venir remplir l'espace situé en avant de l'iris, lequel est devenu plus considérable.

« B. De même, nous devons admettre que, dans l'accommodation à des distances rapprochées, surviennent les changements suivants :

« *a*) Les fibres rayonnées de l'iris se contractent, mais le sphincter pupillaire se contracte aussi à un degré plus élevé, de sorte que la pupille se rétrécit; alors la pression du sphincter, mentionnée plus haut, devient plus limitée et plus forte;

« *b*) Par suite de la diminution de son diamètre, la voussure du cristallin devient plus considérable; le centre de la face antérieure de ce dernier se rapproche de la cornée; la capacité de la chambre antérieure diminue;

« *c*) Dans cet acte, le bord pupillaire de l'iris s'avance vers le centre du cristallin, tandis que l'humeur aqueuse se porte en partie en arrière.

« D'après ces deux ordres de faits, il y a en arrière de l'iris un espace à parois mobiles, qui, d'après les circonstances, admet plus ou moins de liquide. Cet espace est la chambre postérieure de Petit; on peut se le représenter sous la forme d'un bassin circulaire, dans le milieu duquel le cristallin fait une saillie semblable à une île arrondie, de sorte qu'il ne reste pour le liquide qu'un canal en forme d'anneau. Ce canal est placé en avant de la lame antérieure de la zone de Zinn, de la même manière que le canal de Petit est situé entre les lames antérieure et postérieure.

« Le canal de Petit n'a aucune communication, la composition chimique de son contenu est inconnue.

« Dans l'accommodation à des distances éloignées, la chambre postérieure peut s'agrandir de façon à contenir à peu près le double d'humeur aqueuse, et à n'être plus séparée de la chambre antérieure, plus considérable, que par une simple ligne constituée par le sphincter pupillaire.

« Cet élargissement a lieu parce que la grande circonférence de l'iris est poussée en avant, tandis que la petite circonférence, le sphincter de l'iris, qui appuie toujours sur le cristallin, glisse vers les parties périphériques et plus

profondes de la lentille. En même temps, la chambre postérieure devient plus profonde, surtout là où la lame antérieure de la zone de Zinn et la capsule s'insèrent. Si de nouveau l'œil s'accommode à une distance rapprochée, le bord pupillaire glisse en avant et en dedans, le bord ciliaire se porte en arrière, la partie antérieure de l'iris s'applique sur le cristallin, et l'humeur aqueuse retourne en partie par la pupille dans la chambre antérieure.

« On a l'occasion d'observer ces déplacements de liquide, lorsque celui que renferme la chambre postérieure est sanguinolent.

« De fortes instillations d'atropine peuvent déterminer une mydriase telle, c'est-à-dire une telle paralysie des fibres circulaires de l'iris, que le sphincter pupillaire abandonne complétement le cristallin, et que les deux chambres constituent un espace indivis, comme chez les malades atteints d'iridérémie (absence de l'iris). La paralysie s'empare aussi des muscles externes de l'œil, de sorte que le globe oculaire se porte en avant, comme M. Von Graefe l'a observé le premier. Elle atteint également les fibres circulaires du muscle ciliaire, de façon qu'elle devient la cause de la presbyopie mydriatique, dont nous parlerons plus loin.

« Comme preuve de cet état de l'œil soumis à ces instillations, il suffit d'invoquer l'espace libre que rencontre l'aiguille introduite devant la zone de Zinn et derrière l'iris. Elle arrive librement dans le champ visuel, sans toucher ni l'iris, ni le cristallin. Nous rappellerons encore ici, en passant, l'expérience souvent répétée de Petit, consistant à montrer à l'état de congélation le liquide qui se trouve en arrière de l'iris, les considérations de M. Budge, et l'observation très juste de M. Arlt, que dans les perforations artificielles de la cornée, comme dans celles déterminées par des abcès, on ne peut s'expliquer que par la présence d'un liquide en arrière de l'iris, la saillie vésiculaire du prolapsus iridien qui survient. Si l'iris était appliqué immédiatement sur la zone de Zinn tendue et sur le cristallin, comme Cramer et ses partisans le prétendent, il serait maintenu dans cette position en vertu de l'attraction, et ne ferait que très rarement hernie.

« Allons plus loin, et demandons-nous quels sont les facteurs qui agissent le plus immédiatement dans l'acte de l'accommodation et qui déterminent les phénomènes précédemment indiqués. Nous trouvons ici en première ligne le système musculaire interne du bulbe oculaire.

« L'uvée possède un double système musculaire composé de fibres circulaires et de fibres rayonnées. Ces dernières appartiennent à l'iris, et sont engagées dans son parenchyme. Les premières en sont séparées, appartiennent à la choroïde, et constituent le muscle ciliaire. Ces deux systèmes se correspondent mutuellement, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue physiologique. Les fibres rayonnées sont connues depuis longtemps ; les fibres circulaires ont été démontrées par M. Henri Müller, et en même temps par MM. Arlt et Lamdt. Elle n'apparaissent pas, comme M. Arlt le pensait récemment, sous forme de fibres isolées, courtes, feutrées, mais constituent un véritable anneau musculaire, qui se comporte vis-à-vis des fibres rayonnées comme le constricteur de l'iris vis-à-vis de son dilatateur.

« Quant à l'action de ces faisceaux musculaires antagonistes contenus dans le muscle ciliaire, on peut à peine la déterminer par des faits, soit physiologiques, soit pathologiques ; cependant il me paraît assez plausible que, dans l'accommodation pour des objets éloignés, la contraction des fibres rayonnées du muscle ciliaire entraîne la tension de la zone de Zinn, et la rétraction, ou tout au moins la fixation, du cristallin. L'action de l'iris est par là considérablement enrayée, et la forme du cristallin paraît en général n'avoir subi aucune modification.

« Dans l'accommodation pour des distances rapprochées, il y a contraction simultanée des fibres circulaires du muscle ciliaire et de l'iris. Les deux lames de la zone de Zinn sont relâchées et laissent au cristallin une plus grande mobilité; cela résulte de la contraction du sphincter ciliaire.

« La pupille se rétrécit, les fibres circulaires de l'iris surmontant l'action des fibres rayonnées, leurs antagonistes, la portion interne de l'iris s'applique contre la partie périphérique du cristallin ; de sorte que celui-ci, déjà rendu plus mobile, est repoussé en arrière, tandis que sa partie pupillaire devient plus convexe, en même temps que se produisent les phénomènes décrits plus haut. L'image de la capsule antérieure s'avance à la partie interne de l'image de la capsule postérieure, et se place davantage au milieu, entre elle et l'image de la cornée. En même temps cette image devient plus petite et plus claire, ce qui prouve la convexité plus considérable de la partie antérieure de la capsule. — Ces changements sont dus à la contraction du sphincter de l'iris.

« La pression uniforme que l'iris, fortement tiré en dehors, exerce en même temps sur la partie marginale du cristallin, ne produit que la régression de la lentille dans son ensemble, et le changement de forme de sa face antérieure. La face postérieure ne subit aucun changement, comme le prétendent Helmholtz et Stellwag, contrairement à Cramer ; ce fait est démontré par l'immobilité de l'image de la capsule postérieure.

« Si l'acte de l'accommodation dépendait uniquement du système musculaire interne de l'œil, Stellwag devrait avoir raison lorsqu'il prétend donner la démonstration purement physique, que la face antérieure ne peut devenir plus convexe sans qu'un changement semblable ait lieu à la face postérieure.

« Il en est pourtant ainsi, et cela nous paraît d'autant plus admissible que, dans l'accommodation à des distances rapprochées, l'axe visuel, qui s'étend du pôle cornéal à la tache jaune de la rétine, s'allonge aux dépens du diamètre équatorial, et cela par suite de la contraction de l'ensemble des muscles extrinsèques du globe oculaire. Cela étant, la pression exercée à l'intérieur de l'œil sur la face postérieure du cristallin doit se réduire à zéro, tant par suite de la contraction simultanée du système musculaire uvéen, que par suite de l'action particulière exercée par les muscles obliques contractés.

« Ainsi, lors de l'accommodation à des distances rapprochées, le système cristallinien, déformé seulement à sa face antérieure, le point de croisement des lignes, ainsi que la sclérotique, la choroïde, la rétine et la tache jaune, sont reportés en arrière. Il y a donc rétrogression tant de l'appareil dioptrique que de l'appareil catoptrique. Dans l'accommodation à des distances éloignées, les rapports reviennent à l'état opposé, qui doit être considéré comme l'état typique.

« La circonférence du cristallin devient-elle plus étendue lorsqu'il y a un haut degré de tension de la zone de Zinn ? C'est ce qu'il est difficile de décider; toutefois, c'est aussi peu vraisemblable que peu important. En effet, les changements de forme du cristallin sont limités à sa face antérieure, d'où il résulte que les modifications dans l'épaisseur du cristallin ne peuvent pas être notables. »

M. Serre (d'Uzès) pense que si, en général, il est vrai de dire que, pour la vision des objets rapprochés, la pupille se dilate, et qu'elle se resserre pour la vision des objets éloignés, cela n'est pas toujours exact dans les cas particuliers. Il faut tenir compte de l'éclairage de l'objet ; si l'objet le plus éloigné

est très éclairé, et que l'objet le plus rapproché soit au contraire très obscur, le contraire pourra arriver. Dans la vision des objets éloignés, il attribue une part dans la dilatation de la pupille à la dégradation des teintes, à la moindre quantité de lumière émise par les objets.

M. Von Graefe soutient que les objets émettent toujours la même quantité de lumière, qu'ils soient rapprochés ou éloignés, mais qu'ils n'en envoient pas la même quantité sur la rétine.

M. Donders pense que la pupille se rétrécit toujours dans l'acte de l'accommodation, lorsqu'il s'agit d'objets plus rapprochés, sauf à se dilater en même temps si la quantité de lumière émise par l'objet est insuffisante.

M. Von Graefe fait remarquer que tout ceci se rapporte uniquement à l'homme; chez le chien c'est le contraire, la pupille se dilate pour la vision des objets rapprochés.

M. Jaeger connaît un jeune médecin dont l'iris obéit à la volonté, qui peut à volonté changer les diamètres de sa pupille. Il sait lire à toutes les distances avec les pupilles dilatées ou rétrécies, à volonté. Chez lui, l'accommodation se fait sans modification dans l'iris. Il en résulte que, dans certains cas particuliers, celle-ci n'est pas essentielle à l'accommodation.

M. Arlt expose une nouvelle doctrine relativement à l'accommodation. Il insiste surtout sur les faits suivants :

1° Le globe de l'œil subit un allongement par la contraction des quatre muscles droits et des deux obliques, qui le compriment selon son diamètre équatorial;

2° Le muscle ciliaire n'est pas uniquement formé de fibres qui se dirigent vers les procès ciliaires; il y a aussi des fibres circulaires, comme l'a démontré M. le professeur Henri Müller, et des fibres obliques;

3° Il existe réellement une chambre postérieure de l'œil, non autour du bord pupillaire, où l'interstice entre l'iris et la capsule cristalline est effacé, mais vers la grande circonférence de l'iris; celui-ci ne prend en aucune façon part aux phénomènes de l'accommodation;

4° Dans certains cas, l'orbiculaire des paupières lui-même, par la pression qu'il exerce sur le globe oculaire, paraît avoir une certaine action sur l'accommodation.

M. Donders fait remarquer que la théorie de M. Arlt mérite d'être étudiée et discutée; pour cela, il convient qu'elle soit formulée en quelques propositions rédigées en français, afin que tous les membres puissent les comprendre.

M. Muller (Hanovre), appuie cette proposition, à laquelle M. Arlt s'empresse de souscrire.

M. Serre (d'Uzès) revient sur le fait des mouvements volontaires de l'iris, signalé par M. Jaeger. L'iris n'étant susceptible que de mouvements réflexes, il faudrait savoir si le sujet agit directement sur cet organe, ou bien s'il agit sur un autre, par exemple sur l'appareil de la respiration, qui lui transmettrait le principe du mouvement.

M. Donders nie que tous les mouvements de l'iris soient des mouvements réflexes, et cite à l'appui l'acte de l'accommodation, qui est un acte tout volontaire. Du reste, l'iris reçoit des filets d'un nerf moteur encéphalique, l'oculo-moteur commun. Il a vu le cas dont a parlé M. Jaeger, mais il n'a pas pu s'assurer si la pupille ne subissait pas de changements dans l'accommodation.

M. Jaeger répond qu'elle n'en subit pas.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Séance du 14 septembre.

La séance est ouverte à neuf heures du matin.

M. Crocq, secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la précédente séance. La rédaction en est approuvée.

M. le Président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la question III. *(Accommodation.)*

M. Donders lit les six propositions dans lesquelles M. Arlt a renfermé sa doctrine, les voici :

« 1° L'acte de l'accommodation se fait par la contraction simultanée des muscles droits et obliques de l'œil et du muscle ciliaire ;

« 2° L'action seule des différents muscles de l'œil déterminant la compression de la partie équatoriale du globe de l'œil, produirait un allongement de l'axe optique, tant au pôle antérieur qu'au pôle postérieur ; en même temps la convexité de la cornée serait diminuée ;

« 3° L'allongement de l'axe optique au pôle postérieur se fait sans obstacle ;

« 4° L'allongement de l'axe optique au pôle antérieur est entravé par l'action du muscle ciliaire. Ce muscle se compose de deux parties : *a)* d'une partie extérieure contenant seulement des faisceaux de fibres longitudinales ; *b)* d'une partie intérieure dont les faisceaux s'entrecroisent en sens divers, se rapprochant surtout de la direction circulaire. Cette disposition anatomique explique comment la contraction de ce muscle s'oppose à l'extension de la périphérie de la cornée, et en même temps comment, la zone de Zinn étant relâchée, le cristallin peut, grâce à son élasticité, devenir plus convexe.

« 5° C'est à tort qu'on a nié la présence de la chambre postérieure de l'œil. Elle existe réellement et empêche toute pression de l'iris sur le cristallin.

« 6° L'iris n'a aucune action sur les changements de forme du cristallin. Le rétrécissement pupillaire, la rétrogression de la partie périphérique de l'iris et la progression du bord pupillaire, qui accompagnent l'acte de l'accommodation, ne sont que des phénomènes accessoires. »

La discussion est ouverte sur la première proposition.

M. Serre (d'Uzès) demande par quel moyen expérimental on a constaté l'action des muscles droits et obliques.

M. Arlt cite à l'appui la myopie acquise, qui se développe chez les jeunes gens par suite de la fatigue que fait éprouver aux yeux l'examen de petits objets ; l'œil s'allonge d'avant en arrière, et, à force de s'allonger ainsi constamment, garde cette forme. On constate en effet que, dans la myopie, le globe oculaire est allongé.

Cet allongement de l'axe de l'œil pourrait être regardé comme congénial, ou comme le résultat d'une inflammation ; mais on le voit chez des jeunes gens qui ne sont devenus myopes que vers 16 ou 20 ans ; il n'est donc pas congénial. — Il n'est pas non plus le résultat d'une inflammation, qui aurait conduit au ramollissement, et qui aurait laissé comme conséquence un allongement du globe oculaire : car on ne trouve pas la moindre trace d'inflammation, ni des troubles fonctionnels qui pourraient la faire soupçonner ; on trouve seulement les signes de l'ectasie vers le pôle postérieur du globe.

Une autre circonstance qui parle contre l'hypothèse d'un état inflammatoire ou congénial, c'est que très-souvent on rencontre le staphylôme postérieur dans les opacités centrales de la cornée et du cristallin ; or, il serait étonnant que le hasard associât toujours ces lésions à un état congénial d'allongement

du bulbe; il ne serait pas moins étonnant que ces opacités donnassent naissance à une inflammation des parties postérieures du globe oculaire. — On comprend au contraire fort bien que les quatre muscles droits et les deux obliques, en se contractant simultanément, allongent le globe sans lui faire subir aucun mouvement.

M. Serre (d'Uzès) fait remarquer qu'il a demandé une expérience, et non le résultat d'observations, comme M. Arlt vient de le donner; il faudrait pour l'obtenir isoler complétement l'action musculaire et voir quels résultats elle fournit. M. Serre lui-même est très presbyte; or, en pressant latéralement sur ses yeux, il y voit nettement à la distance ordinaire; il a allongé son bulbe oculaire. Si, au contraire, un myope presse sur ses paupières, d'avant en arrière, il y voit mieux aussi, parce qu'il presse de manière à raccourcir l'œil, à le repousser en arrière. Voilà des expériences directes qui valent bien toutes les preuves d'autre nature.

M. Donders fait remarquer qu'il y a eu un temps où l'on attribuait l'accommodation uniquement à l'action des muscles obliques; on ne leur connaissait pas d'autres fonctions; aujourd'hui, on connaît mieux l'action de ces muscles, et l'on sait qu'ils servent à mouvoir le globe de l'œil, sans que l'accommodation de la vue aux distances y soit pour quelque chose. On a coupé ces muscles et, après leur section, on a encore vu le galvanisme changer la position du cristallin. Dans un cas de paralysie de tous les muscles de l'œil, l'accommodation avait encore lieu. En présence de tous ces faits, il faudrait une preuve directe, une expérience, pour croire que ces muscles agissent réellement sur l'accommodation de l'œil. Les faits cités par M. Arlt relativement à la myopie acquise sont exacts; mais il n'a pas tenu compte de l'hypostase qui se développe nécessairement pendant la position déclive qu'on donne à la tête pour lire ou pour regarder de petits objets. Les vaisseaux de la rétine sont dilatés, et l'on peut en conclure que ceux de la choroïde le sont aussi. Il y a donc dans la vision des objets rapprochés une congestion de l'œil, et cette congestion en se prolongeant peut laisser à sa suite les lésions signalées par M. Arlt. S'il y a pression dans la direction du diamètre équatorial de l'œil, sans doute au bout de quelques années, il y aura un léger allongement; mais rien ne prouve qu'il puisse y avoir un allongement momentané considérable, ni que la pression exercée sur le liquide changera la forme du globe, car la sclérotique est fort épaisse en arrière, et elle a fort peu d'élasticité. On ne peut donc admettre que les muscles externes de l'œil contribuent directement au phénomène de l'accommodation.

M. Arlt croit que le globe de l'œil doit sa résistance non à son contenu, mais à ses muscles; les muscles droits et obliques d'une part, le muscle ciliaire d'autre part agissent par leur tonicité, qu'il ne faut pas confondre avec la contraction. Aussi, de suite après la mort trouve-t-on le globe plus mou. Dans les opérations de cataracte, on voit parfois qu'il devient moins ferme, sans que la moindre quantité de liquide soit sortie: M. Coccius a trouvé que l'œil était beaucoup plus mou après la chloroformisation. Szokalski ne parvint pas à opérer chez des lapins l'extraction du cristallin, parce que toujours celui-ci était lancé comme par une contraction hors de la plaie de la cornée. Il n'en était pas de même lorsque le chloroforme avait été employé, ou que les quatre muscles droits avaient été coupés : alors l'opération marchait régulièrement.

La compressibilité du bulbe se démontre encore par ce fait, que les myopes voient mieux en la mettant en jeu. — Le globe de l'œil, mis dans l'eau, durcit rapidement; il n'était donc pas tout à fait rempli auparavant. M. Donders

croit que l'allongement peut dépendre de l'hypostase; mais celle-ci s'étend également à tout le globe; et pourquoi le staphylôme postérieur ne dépasse-t-il pas en avant la région où s'insèrent les muscles obliques?

Il a dit hier que dans les cas où le nerf oculo-moteur est lésé, l'accommodation ne se fait plus bien. Il y a des cas où, malgré cela, elle se fait encore; mais ils sont exceptionnels, et l'on doit y tenir compte de l'action du muscle orbiculaire. Quant à la section des muscles, si l'on en coupe deux, trois, quatre, il en reste encore suffisamment pour exercer une action.

M. Sichel a fait de fréquentes extractions de cataracte sur des lapins vivants, et il a vu le cristallin lancé en avant; mais on peut éviter cet accident en opérant avec lenteur.

M. Arlt ajoute que l'hypérémie déterminée par la vision soutenue d'objets rapprochés se borne aux vaisseaux de la partie antérieure de l'œil et de la conjonctive; la position n'est donc pas seule en jeu, mais aussi la contraction des muscles qui gênent la circulation. Si c'était la position, le visage aussi serait congestionné, et c'est ce qu'on n'observe pas : l'hypérémie est bornée à la conjonctive et aux vaisseaux ciliaires antérieurs.

M. Jaeger fait remarquer qu'il y a des cas dans lesquels les muscles de l'œil sont parfaitement développés, et où la faculté d'accommodation manque. Dans d'autres, les muscles sont paralysés et l'accommodation existe. Si la pression musculaire peut produire le staphylôme postérieur, il a vu en revanche un cas dans lequel le staphylôme s'est développé justement dans l'œil qui ne voyait pas, qui n'était pas exercé.

M. Serre (d'Uzès), M. Donders a énoncé un fait très curieux, c'est que la congestion seule peut amener un changement dans la forme de l'œil, mais un changement insuffisant pour l'accommodation. Le changement nécessaire pour celle-ci est pourtant bien peu de chose, 1 ou 2 millimètres, et c'est réellement étonnant que l'œil, qui est une lunette très courte, puisse voir à toutes les distances, tandis qu'à nos lunettes il faut un développement si considérable. Dans l'œil, il ne faut qu'un simple effort, une pression du doigt pour produire un changement suffisant. Sur un œil de bœuf, on peut s'assurer que, pour des distances inégales, l'image reste sensiblement la même; cependant l'instinct indique qu'un changement s'opère dans l'œil lorsqu'on regarde des objets inégalement distants.

M. Donders fait observer que si, après la mort, l'œil présente un certain degré de relâchement, il faut tenir compte du sang que les mouvements du cœur n'y chassent plus : pour qu'il y ait rigidité, il faut une pression, et cette pression ne peut être que celle de la colonne du sang. Mais comme l'élasticité de la sclérotique est fort peu de chose, il faut fort peu de sang pour déterminer cette pression, et sa quantité n'influe en rien sur les changements de forme. Quant à l'expérience de Szokalski, que le chloroforme diminue l'action du cœur et par conséquent la pression, elle ne prouve donc rien. La congestion hypostatique amène une augmentation de la pression, et cette augmentation doit amener une extension du côté où la résistance est la moins grande, à la partie postérieure de l'œil; mais cette extension est bien peu de chose, vu le peu d'élasticité de la sclérotique. La paralysie du nerf oculo-moteur commun amène sans doute la perte de la faculté d'accommodation; mais c'est que l'iris, et par conséquent le muscle ciliaire, sont paralysés, en même temps que les muscles oculaires externes. Si ces muscles seuls sont paralysés, l'accommodation s'opère encore. Pour qu'elle ait lieu, il faut un allongement de 1 1/2 à 2 millimètres, et l'action des muscles ne peut le produire. Elle est sans doute associée à l'acte de l'accommodation, mais sans en être la cause.

M. Arlt n'attribue aux mouvements de l'iris qu'une action secondaire. Quant au fait de staphylôme, cité par M. Jaeger, c'est un fait spécial, isolé, d'où l'on ne peut rien conclure. Il est vrai que l'adaptation n'a plus lieu qu'imparfaitement lorsque l'iris est rendu immobile par l'action de l'atropine; mais, dans ce cas, les muscles droits et obliques sont aussi relâchés, leur contraction, affaiblie, suffit encore pour mouvoir le globe, mais non pour exercer sur lui une compression. Il ne prétend pas du reste que l'allongement du bulbe suffise à lui seul.

M. Max Langenbeck pense que les muscles externes sont étrangers au phénomène de l'accommodation, ainsi que l'iris et le ligament ciliaire. Pour lui, cet acte est moins compliqué, il a son organe propre : ce sont des fibres circulaires qui existent dans les procès ciliaires, à la partie antérieure de la capsule du cristallin. En 1845, il a vu à l'œil nu ce que depuis on a vu à l'ophthalmoscope et à l'ophthalmomètre; il a vu le changement de forme de la capsule du cristallin, dont la face antérieure se courbe beaucoup plus que la face postérieure, qui ne se courbe presque pas, et il a vu que la position des images de Sanson changeait dans les différentes positions du cristallin. M. Von Graefe a depuis observé un cas semblable, mais il n'a pas cité M. Langenbeck, qui l'avait déjà constaté sept ans auparavant. Pour recourber ainsi la face antérieure de la capsule, il croit que les muscles externes, l'iris et le muscle ciliaire ne suffisent pas; il faut l'organe spécial qu'il a découvert, et que Kölliker a nié, quoiqu'il ait vu clairement ses fibres.

M. Donders a cherché vainement ces fibres. Il demande que M. Langenbeck veuille bien les lui montrer.

M. Langenbeck s'y engage volontiers.

M. Jaeger fait observer à M. Arlt qu'on trouve des hommes d'un certain âge qui ont beaucoup travaillé, qui ont sans doute la vue courte, mais ne présentent pas de staphylôme postérieur; au contraire, il y a des oisifs qui sont myopes et qui le présentent, sans que leurs muscles se soient beaucoup fatigués à comprimer l'œil.

M. Desmarres pense que les muscles externes ne font tout au plus que fournir un point d'appui solide à la contraction du muscle ciliaire. Il demande que cette discussion soit remise à demain.

La section décide qu'on passera aux autres points de la théorie de M. Arlt.

M. Donders lit la seconde et la troisième question.

Il fait remarquer que si les muscles externes agissent, ils doivent allonger l'œil vers la cornée et faire diminuer la convexité de celle-ci; car en arrière, quoi qu'en dise M. Arlt, leur effort rencontre la tension de la sclérotique qui est plus épaisse.

M. Von Graefe dit qu'il faut un degré d'allongement assez fort du globe oculaire, et que, la résistance étant très grande, une pression encore insuffisante pour déterminer cet allongement donnerait lieu au pouls artériel de la rétine et anéantirait la vision. On sait en effet que, dans ce cas, la vision est suspendue, parce que le sang n'arrive plus à la rétine que d'une manière irrégulière et par saccades.

M. Arlt pense qu'il faut établir une distinction entre une pression subite et une pression progressive, entre une pression générale uniforme et une pression partielle. La pression qui engendre les phosphènes et la suppression de la vision est une pression partielle et subite. Du reste, les myopes présentent réellement l'allongement antéro-postérieur.

M. Von Graefe. La pression limitée du globe de l'œil donne lieu aux phosphènes; mais, pour produire le pouls artériel de la rétine, la pression doit

etre générale. M. Arlt a prétendu aussi que des ectasies postérieures considérables pouvaient exister sans que la vision fût anéantie ; mais cette pression ne se fait pas sur le point où se montre le pouls artériel ; et M. Desmarres a observé que, dans les maladies de la choroïde où la pression se fait, elle ne monte pas au point de produire des lésions fonctionnelles.

M. Donders lit la quatrième proposition de M. Arlt. Il ajoute que les fibres obliques décrites par celui-ci avaient déjà été dessinées par M. Von Reeken.

M. Von Graefe dit que le cristallin est plus aplati dans sa position habituelle que lorsqu'il est abandonné à lui-même, par exemple lorsqu'il est luxé. Cela provient de l'action de la zone de Zinn. Mais le changement d'élasticité du cristallin ne suffit pas pour expliquer les changements de courbure, qui sont très grands dans la partie centrale de l'organe, comme il résulte des mesures de Helmholtz. Il doit donc y avoir une autre cause que l'élasticité du cristallin qui agisse pour en augmenter la convexité.

M. Sichel rappelle la théorie de Treviranus sur l'influence de la différence de densité des diverses couches du cristallin.

M. Donders répond que Kohlrausch a démontré que les calculs de Treviranus étaient faux.

M. Arlt ne peut réfuter les observations de Helmholtz ; mais il fait remarquer que l'accommodation a lieu sur des yeux privés de cristallin ; les mesures instituées par Volkman et d'autres l'ont prouvé, à moins d'admettre que dans ces cas le cristallin s'était régénéré, ce qui n'est pas admissible, quoi que ces auteurs en aient dit. Il est vrai que, chez beaucoup d'opérés de cataracte, on ne trouve plus d'accommodation; mais il faut pour la trouver choisir de jeunes gens de 15 à 20 ans. On ne peut donc tout expliquer par les mouvements et les changements de forme du cristallin.

M. Jaeger partage cette dernière opinion ; il a observé un malade de plus de 50 ans qu'il avait opéré d'une cataracte de l'œil gauche, qui a lu de cet œil avec une lunette n° 1, depuis la distance de 20 pouces jusqu'à celle de 8, tandis que, de l'œil droit, il lisait depuis 16 jusqu'à 4 pouces; la distance de la vue distincte était donc restée la même. Il voyait les objets éloignés au moyen de l'œil opéré.

M. Von Graefe a des doutes sur ces faits, parce qu'il a fait des observations nombreuses, et n'a jamais pu se convaincre de l'accommodation. La faculté de lire ne suffit pas, car on peut voir distinctement à des distances différentes avec de grands cercles de diffusion, pourvu qu'il n'y ait pas d'interférences; des presbytes accommodent ainsi en apparence leur vue pour de petites distances, mais sans y voir nettement. Le dernier fait de M. Jaeger est le plus convaincant. Il a examiné à l'optomètre des opérés qui savaient lire à des distances qui variaient de 4 à 5 pouces, et qui voyaient en même temps sur un mur assez éloigné d'eux, sans pouvoir constater d'accommodation ; celle-ci n'était qu'apparente, mais en réalité elle n'existait pas. Il est vrai que si l'on prend des verres n° 1, on se rapproche de la mesure optométrique ; cependant on ne peut pas encore en tirer de conclusion rigoureuse.

M. Serre (d'Uzes) indique un moyen optométrique très simple, qui mesure la distance de la vue distincte d'une manière géométrique. « Mettez, dit-il, au devant de l'œil une épingle, vous verrez un faisceau; éloignez la, le faisceau se rétrécira ; enfin, vous arriverez à un point où vous ne verrez plus qu'une épingle, ce point indique la distance de la vue nette, celle où il n'y a plus de diffusion. »

M. Donders lit la cinquième proposition de M. Arlt.

M. Arlt croit qu'il y a contact entre le bord pupillaire de l'iris et le cristal-

lin; mais vers la périphérie l'iris s'en éloigne, de façon à constituer un espace circulaire, une espèce de canal rempli par un liquide. Si cet espace n'existait pas, si l'iris était immédiatement accolé au cristallin, les hernies de l'iris par les plaies de la cornée seraient impossibles. Il existe donc une chambre postérieure derrière l'iris, et dès lors on ne comprend pas que celui-ci puisse appuyer sur le cristallin.

Il n'a pas trouvé dans le mémoire de M. Van Reeken les fibres circulaires du muscle ciliaire.

M. Donders fait observer qu'en effet ces fibres n'y sont pas décrites, mais qu'elles y sont nettement dessinées.

M. Von Graefe dit que le sphincter de l'iris paraît presser contre le cristallin, et peut ainsi empêcher le passage du liquide de la chambre postérieure dans la chambre antérieure. L'existence de la première n'empêche donc pas que la contraction de l'iris n'exerce une pression sur la périphérie du cristallin.

M. Donders montre qu'il y a ici différentes questions qui se présentent. La première est celle de l'existence de la chambre postérieure. Les arguments de M. Arlt n'en démontrent pas directement l'existence, les expériences instituées dans ce but ne donnent pas de résultats constants : ainsi, en faisant congeler l'œil, tantôt on a trouvé de la glace dans cet espace, tantôt on n'y en a pas trouvé. Tout cela ne suffit pas pour faire adopter une opinion de préférence à l'autre. M. Von Graefe a dit avec raison que, même en admettant l'existence de la chambre postérieure de l'œil, la pression de l'iris sur le cristallin pourrait encore exister. M. Arlt a dit que lorsque l'iris était adhérent à la cornée, il y avait encore accommodation parfaite. Là n'est pas la question; ce que nous demandons, c'est si la pression est possible d'une manière quelconque, et si l'on peut se la figurer, même en supposant qu'il existe une chambre postérieure; car si la pression du sphincter iridien est assez forte pour agir sur le cristallin, il y aura conctact parfait entre ces deux organes, et les deux chambres seront séparées Mais il y a un autre fait, démontré par les expériences de Ludwig : c'est que la pression de l'humeur aqueuse dans la chambre antérieure augmente lorsqu'on regarde des objets rapprochés. Par là, l'iris aussi doit subir une pression plus considérable à sa face antérieure, et par cette pression, aussi bien que par la contraction de ses fibres circulaires, il restera en contact avec le cristallin et s'opposera au passage du liquide de la chambre postérieure dans la chambre antérieure. Ainsi, même en admettant l'existence de la première, la pression de l'iris peut exister; nous ne disons pas qu'elle existe réellement, mais elle est possible.

M. Arlt soutient que l'iris, séparé du cristallin par le liquide de la chambre postérieure, ne peut presser sur lui; les deux chambres étant toujours en communication, quoique par un espace très étroit.

M. Donders. Cette pression n'a pas lieu seulement dans le cas où l'iris est partiellement adhérent à la cornée.

M. Donders lit la dernière proposition de M. Arlt.

M. Von Graefe rappelle que, dans les expériences de Helmholtz, on voit parfaitement l'action de l'iris; mais on ne saurait pas dire quelle influence il exerce.

M. Arlt. Comment se fait donc l'accommodation, puisque vous n'admettez pas l'action des muscles, et pas davantage celle de l'iris?

M. Donders. On a cherché à l'expliquer par l'action du sphincter et des fibres radiaires de l'iris; la contraction du premier détermine une pression sur le cristallin, et cette pression est telle qu'elle fait changer son degré de convexité. Cela seul ne suffit pas sans doute, mais la disposition anatomique

des parties doit nous conduire à admettre que cela existe, car il y a réellement rétrécissement de la pupille, en même temps que le cristallin devient plus convexe. Cependant, dans des cas d'adhérence partielle de l'iris à la cornée, et d'absence de cette membrane, l'accommodation était assez complète; on peut donc dire que l'iris fait peu de chose dans le phénomène de l'accommodation, mais cela ne prouve pas qu'il n'y fasse rien. C'est seulement si dans ces cas on pouvait mesurer l'extension de l'accommodation, et si on la trouvait normale, qu'on serait autorisé à dire que l'iris ne fait rien. Mais jusqu'à présent on n'a pas eu l'occasion de le faire; on ne sait donc pas si, dans ces cas, l'accommodation est complète. On pourrait encore citer les cas où l'iris est flottant et où la vue est bonne, et ceux de coloboma dans lesquels l'adaptation est parfaite; mais dans ce dernier cas il peut encore agir. Tout ce qu'on peut dire d'après cela, c'est que l'accommodation est un acte complexe, dans lequel l'iris paraît faire quelque chose, mais pas beaucoup.

M. Arlt revient sur ce fait que, dans le coloboma, l'accommodation est complète. Elle ne l'est pas dans les yeux presbytes, dans lesquels pourtant l'iris se trouve dans les conditions où Helmholtz et Kramer l'ont représenté. Elle l'est au contraire dans des yeux dont l'iris est tout à fait plat. M. Henri Muller a démontré aussi que l'iris n'a pas beaucoup d'influence sur le phénomène de l'accommodation.

La séance est levée à midi.

Séance du 15 septembre.

La séance est ouverte à neuf heures.

L'ordre du jour appelle l'exposé des propositions relatives à l'emploi de l'ophthalmoscope.

M. Heyman a rédigé, de concert avec M. Von Graefe, une note sur les cas principaux dans lesquels l'ophthalmoscope peut être employé utilement. Il commence par les altérations du cristallin révélées par cet instrument.

L'exploration du cristallin s'est beaucoup perfectionnée dans ces dernières années; l'éclairage oblique fournit un moyen de reconnaître les premières opacités qui s'y forment; cette méthode peut rivaliser avec l'ophthalmoscope, et mérite même la préférence dans quelques cas. Cependant, celui-ci est encore très utile dans l'étude des cataractes. Il fait reconnaître les différentes formes et le siége des opacités, dont l'étude exacte a conduit à préciser, mieux qu'on ne pouvait le faire jusqu'à présent, la marche et la durée du développement de la cataracte. Il apprend par exemple à connaître les cataractes stationnaires, formes qui ne tendent qu'à un progrès très lent, ou même à un arrêt complet. Il fait reconnaître les opacités cristalliniennes déterminées par les maladies des parties qui entourent le cristallin, et dont les progrès dépendent de la maladie productrice.

L'ophthalmoscope permet ainsi de reconnaître la vérité relativement aux guérisons des cataractes. Pour qu'on puisse accepter une guérison ou une amélioration, il faut absolument avoir constaté avec soin la nature de la lésion, son degré, la dépendance où elle peut se trouver relativement à d'autres lésions. Ceci est d'autant plus nécessaire, que souvent ces résultats sont le fait de la guérison de la maladie voisine, qui réellement a donné naissance à la cataracte.

M. Von Graefe est étranger à la rédaction de la note de M. Heyman, mais il s'est promis d'y ajouter quelques remarques.

L'ophthalmoscope a démontré que beaucoup d'opacités du cristallin sont complétement stationnaires, et qu'on ne doit pas identifier l'opacité et la cataracte, prendre l'une de ces deux expressions pour l'autre : la première peut être stationnaire, tandis que la seconde est toujours progressive. Il faut séparer avec soin ces deux formes, et réserver exclusivement à la dernière le nom de cataracte. — Ainsi, on trouve des points opaques disséminés dans le cristallin ; on y trouve des opacités formant des segments de cercles parallèles à son équateur, et signalées déjà avant l'invention de l'ophthalmoscope. Ces opacités ne sont nullement progressives. Beaucoup d'opacités corticales même le sont avec une telle lenteur, qu'on doit les considérer comme presque stationnaires. Ainsi, si l'on trouve seulement deux ou trois stries, pourvu qu'elles soient minces et que la substance intermédiaire soit parfaitement transparente, on remarque à peine un progrès après une période de deux ou trois ans. Un fait très important, établi par les recherches ophthalmoscopiques, c'est que la rapidité du développement de la cataracte est proportionnelle à la largeur des stries primitives : ainsi, si l'on observe des stries très minces, on peut annoncer que la marche de la lésion sera très lente. Un autre résultat très important fourni par l'ophthalmoscope, c'est que l'origine première de la cataracte n'est pas dans le noyau ni dans la substance corticale du cristallin, mais dans la substance intermédiaire ou transitoire. Dans la cataracte dure ou nucléaire, dont il est ici question, ce n'est donc pas par le noyau, qui dans la vieillesse présente une teinte jaunâtre, que l'altération commence ; c'est par les courbes situées en avant ou en arrière de lui. L'ophthalmoscope n'a pas beaucoup perfectionné le diagnostic de la cataracte, parce que l'éclairage oblique donne des résultats aussi bons, quelquefois même meilleurs; mais il a concouru à en fixer la marche et le développement. Il a démontré aussi que les cataractes, accompagnées de maladies du corps vitré et de la choroïde, prenaient leur point de départ à la partie postérieure du cristallin.

Quant à la durée de la cataracte, on ne peut la fixer même d'une manière approximative, car elle est soumise à trop de différences individuelles. On peut bien dire que telle forme se développe plus rapidement que telle autre; mais on ne peut fixer l'époque de son développement, parce qu'elle peut s'arrêter, rester stationnaire. Ce qu'on peut faire, c'est de distinguer mieux qu'on ne le faisait autrefois les formes lentes, et de se préserver ainsi des illusions sur l'emploi de certains moyens thérapeutiques.

L'ophthalmoscope a fourni aussi des résultats positifs relativement à la guérison de la cataracte. Souvent elle est secondaire à des maladies du corps vitré et de la choroïde; dans ce cas, le traitement amène souvent une amélioration marquée; mais l'ophthalmoscope nous apprend que jamais il n'y a de diminution dans l'opacité du cristallin. M. Von Graefe a souvent, dans ces cas, pris le dessin des stries opaques, seul moyen d'apprécier exactement les modifications qu'elles pourraient subir, et jamais il n'y a observé le moindre changement. Il n'a jamais vu de rétrocession des stries corticales, mais bien une amélioration de la faculté visuelle, provenant de ce qu'il y avait complication d'une autre affection susceptible de guérison. On ne peut d'ailleurs jamais en juger exactement sans prendre le dessin des opacités.

M. Heyman a pourtant vu un cas dans lequel il y a eu amélioration, où les stries ont diminué d'étendue. Il croit que peut-être dans certaines opacités, suites d'inflammations, cette diminution pourrait se produire.

M. Von Graefe croit qu'il peut y avoir contraction, rapetissement des stries du cristallin, mais jamais éclaircissement proprement dit. Ce qui peut avoir lieu, ce sont des opacités consécutives dans la couche des cellules intrà-capsulaires, à la suite du dépôt qui se forme sur la capsule dans l'inflammation de l'iris, et celles-là peuvent s'éclaircir. Quant à l'opacité de la lentille elle-même, il ne connaît aucun cas où elle ait diminué d'intensité. Seulement, les opacités postérieures surtout peuvent toujours se limiter et diminuer par contraction.

M. Jaeger partage entièrement l'avis de M. Von Graefe, relativement aux opacités. Cependant les obscurations traumatiques, celles déterminées par un corps étranger arrivant sur la capsule, peuvent diminuer au bout de quelque temps.

L'ophthalmoscope permet de diagnostiquer les maladies du canal de Petit, les précipités, les dépôts sanguins qui peuvent s'y produire.

M. Sichel prie M. Von Graefe de répéter ce qu'il a dit sur les opacités des couches corticales du cristallin.

M. Von Graefe a dit que ces stries débutent plutôt dans les couches intermédiaires de la lentille que dans les couches superficielles. Il croit qu'elles ne débutent dans les couches voisines de la capsule que chez les jeunes gens; mais que, chez les personnes âgées, c'est dans des parties qui appartiennent encore aux couches corticales, aux couches corticales profondes, à celles qui se rapprochent du noyau.

M. Sichel ne peut se ranger de cet avis; à Paris au moins, il n'en est pas ainsi. Depuis 25 ans qu'il se livre à ces observations, il a vu constamment les stries naître de suite sous la capsule. Il a été l'un des premiers à préconiser l'ophthalmoscope; mais il y a des lésions qu'on voit aussi bien sans lui, qu'on reconnaissait tout aussi bien avant son invention. Quand la cataracte corticale est peu avancée, on la voit mieux à l'œil nu ou à la loupe, parce que, de cette façon, on aperçoit la coloration, le pointillé, qui sont un des caractères des cataractes commençantes : au moyen de l'ophthalmoscope on ne voit rien que des stries et des taches noires, qui permettent beaucoup moins bien d'apercevoir les rapports. Il a vu en général les stries débuter immédiatement derrière le feuillet antérieur de la capsule, et de là se propager par une sorte de superposition dans la substance du cristallin, de sorte qu'il devient opaque couche par couche. Il a sans doute vu des cataractes débuter par les couches moyennes ou intermédiaires, comme l'a indiqué M. Von Graefe; mais, dans la majorité des cas, c'était par les couches superficielles. La loupe démontre parfaitement ces faits, soit immédiatement, soit après des instillations de belladone.

Il croit que l'ophthalmoscope rend surtout des services dans les cataractes commençantes qu'on n'aperçoit pas encore à l'œil nu ni à la loupe. Il a découvert de cette façon des cataractes de l'existence desquelles il ne se doutait pas d'après les symptômes fonctionnels, ni d'après l'examen à la loupe, même après les instillations de belladone. Il s'étonne que MM. Von Graefe et Heyman n'aient pas signalé cette variété. On aperçoit dans ces cas dans le cristallin de petites fêlures semi-transparentes; elles sont peu nombreuses, convexes, et convergent vers le centre de la lentille; elles sont d'autant plus convergentes qu'elles sont plus multipliées : ces fêlures ont parfois l'air de siéger dans la capsule, tellement elles sont superficielles. Les symptômes fonctionnels manquent complétement, tant qu'il n'y en a que deux ou trois; ils commencent à se manifester seulement lorsqu'il y en a cinq ou six. L'étude de cette forme, que l'ophthalmoscope fait découvrir, est très importante.

Quant à la guérison de la cataracte, M. Sichel va aussi loin que M. Von

Graefe : dès qu'il y a une seule strie corticale avec ses caractères particuliers, elle ne peut plus disparaître; elle peut se rétracter, devenir moins large, mais cela arrive sans traitement aussi bien que par un traitement quelconque. Il en est de même des stries qu'il appelle fêlures; il défie qu'on lui montre le dessin d'un cristallin dans lequel il y aurait eu d'abord trois stries, puis seulement deux ou une. Lorsqu'il y a rétrocession apparente se traduisant par l'amélioration de la vue, c'est que le malade était sous l'influence d'une choroïdite, d'une congestion interne, qui a pu céder. En effet, la moitié peut-être des cataractes sont accompagnées d'une amblyopie amaurotique; il ne faut donc pas abandonner le malade parce qu'il n'est pas immédiatement opérable, mais reconnaître et traiter ces complications; c'est là ce que fait le vrai médecin ophthalmologiste. Il a énoncé ces faits longtemps avant l'invention de l'ophthalmoscope, d'autant plus que l'on voit assez souvent des médecins croire à une cataracte là où il y a tout autre chose. C'est là ce qui a pu faire croire à quelques-uns à la guérison ou à la rétrocession de la cataracte ; ce sont des erreurs qu'il faut combattre, parce qu'elles ne peuvent profiter qu'au charlatanisme.

M. Jaeger a vu, comme M. Von Graefe, la cataracte commencer par les couches intermédiaires, par celles qui ne sont pas les plus rapprochées de la capsule. Il est difficile de constater cela à l'œil nu; il faut employer le miroir ou la lentille bi-convexe. On le constate aussi lorsque la pupille a été dilatée ou que l'iris a été excisé; on distingue alors les procès ciliaires, la circonférence de la capsule, et les parties où l'obscuration commence, et qui en sont à une certaine distance.

M. Von Graefe croit que, pour les altérations de l'appareil cristallinien, l'éclairage latéral est dans bien des cas supérieur à l'ophthalmoscope, surtout pour juger de la consistance et de la couleur des opacités. Quant à la profondeur des stries, un moyen très exact de l'apprécier consiste à établir une parallaxe dans le sens de la vision; on peut ainsi calculer leur distance de la pupille. Il résulte d'ailleurs des statistiques et de l'examen des préparations anatomiques, que chez les personnes âgées la substance corticale extrême est en général libre; les stries se trouvent à une certaine profondeur. Il n'en est pas de même chez les jeunes gens, où au contraire on les voit immédiatement contiguës à la capsule.

M. Heyman regrette que le temps ne permette pas d'indiquer tous les cas de cataracte que l'on peut observer à l'ophthalmoscope. Quant aux cas de cataracte signalés par M. Sichel comme commençant par les couches les plus superficielles, il ne les nie pas; il les a vus chez lui à Paris; mais il ne croit pas que ce soit la règle.

M. Donders. En Hollande, on trouve aussi les stries corticales situées à une certaine profondeur, à quelque distance de la capsule, dans la cataracte sénile. On ne saurait toutefois pas les constater à la lumière ordinaire; il faut l'éclairage oblique et l'emploi de la parallaxe. Il ne les a pas reconnues seulement sur le vivant, mais aussi par la dissection, car il a eu occasion de disséquer beaucoup de cataractes commençantes. Il n'a pas observé seulement les stries rayonnées que l'on signale habituellement, mais aussi des stries périphériques circulaires. Ces stries ne sont pas non plus situées dans les couches les plus superficielles, mais dans les couches les plus profondes de la substance corticale, dont elles occupent l'équateur. Chaque couche du cristallin a ses pôles et son équateur, situé à la périphérie, et c'est celui-ci qui est devenu opaque, formant une ligne circulaire concentrique à la circonférence du cristallin, comme on le constate par l'établissement d'une parallaxe. Ces

stries apparaissent plus minces vues de face, plus larges vues de côté. Ainsi, alors même qu'il n'y a pas de stries rayonnées, c'est encore par les couches du milieu que débute l'opacité. Il a observé qu'elle commence en général dans les parties inférieures de la lentille, soit à droite, soit à gauche; sur quatre cas, il a constaté ce fait trois fois. Aussi, s'il y a doute sur l'existence de la cataracte, peut-on parfois le résoudre en regardant en bas.

M. Von Graefe a parlé des cataractes stationnaires, que l'ophthalmoscope fait découvrir. On en avait constaté avant son invention, par la méthode autoptique; cependant comme dans celle-ci c'est le malade lui-même qui doit apprécier, tandis qu'avec l'ophthalmoscope et l'éclairage oblique, l'observateur constate directement les faits, ces derniers moyens l'emportent, et surtout l'éclairage oblique.

M. Sichel demande à quelle distance de la surface du cristallin apparaissent les premières stries.

M. Donders. Elles sont souvent plus profondes au centre qu'à la circonférence; on peut évaluer leur profondeur moyenne à la quatrième ou cinquième partie de l'épaisseur du cristallin.

M. Sichel ne trouve pas ce résultat conforme à son expérience, car il a vu les stries à l'extrême surface du cristallin.

M. Donders répond que, même lorsqu'on tient la cataracte en main, on ne voit pas bien où sont placées les stries, dans quelles couches elles siégent, si l'on n'a pas soin d'établir une parallaxe.

M. Sichel a eu deux fois occasion de disséquer des cataractes commençantes, extraites à des malades qui y voyaient encore, mais qui avaient exigé l'opération. Les stries étaient superficielles dans ces deux cas, il y en avait qui pénétraient tout près du noyau; d'autres étaient tellement surperficielles qu'en les attaquant avec l'aiguille la plus fine on les enlevait. — Du reste, cette question n'est pas en discussion, et il est inutile de prolonger plus longtemps le débat, d'autant plus que là n'est pas le but d'un congrès tel que celui-ci. Ce but, c'est surtout d'établir l'entente, l'uniformité de langage et de terminologie chez tous les hommes qui s'occupent de la spécialité.

M. Heyman continue son exposé des cas dans lesquels l'ophthalmoscope est utile.

La découverte de l'ophthalmoscope constitue le point de départ de nos connaissances relativement aux maladies du corps vitré, très obscures autrefois. Elle a aussi appris à connaître quelques qualités physiques de ce corps : ainsi, nous savons maintenant que le sang se dissout parfaitement bien dans sa substance.

Il est maintenant reconnu que rien ne donne plus souvent lieu à une obscuration momentanée de la vue, même à une cécité complète, que les hémorrhagies dans le corps vitré; or ces affections guérissent en peu de semaines.

L'ophthalmoscope fait aussi reconnaître les cristaux de cholestérine qui peuvent siéger très profondément, même jusque dans la rétine, et dont le siége, la quantité et l'origine étaient autrefois totalement inconnus.

Il permet d'étudier la dépendance dans laquelle les altérations du corps vitré se trouvent relativement à celles de la choroïde. Quoiqu'il n'y ait jamais d'altération du corps vitré sans altération de la choroïde, on ne rencontre pas toujours une choroïdite qui, par épanchement, aurait amené le trouble de l'humeur vitrée. On voit qu'il y a là pour le diagnostic et la thérapeutique des indications auxquelles on n'arriverait jamais sans l'emploi de l'ophthalmoscope.

M. Von Graefe rappelle qu'il ne faut pas oublier de mentionner les corps

étrangers, tels que les cysticerques du corps vitré, démontrés par Jaeger. Ceci est très important pour la thérapeutique ; car on a pu extraire de ces animaux, de la présence desquels on n'aurait pas même pu s'assurer sans l'ophthalmoscope. Quant aux épanchements de sang, ceux du corps vitré sont curables, tandis que ceux de la choroïde et de la rétine ne le sont pas ; il est donc très important de les distinguer, ce qu'on ne savait pas faire autrefois.

M. Sichel fait remarquer que les maladies du corps vitré étaient, avant l'invention de l'ophthalmoscope, plongées dans la plus grande obscurité ; on reconnaissait un peu le synchisis et rien de plus. Or, on croirait difficilement combien sont fréquentes les hémorrhagies du corps vitré, qui se manifestent par des mouches volantes et par un obscurcissement de la vue.

M. Arlt a observé dans l'iritis un fait très remarquable. Dans certains cas, l'obscuration de la vue n'est nullement en rapport avec le trouble apparent, avec ce qu'on voit à l'œil nu, à la loupe, ou par le secours de l'éclairage oblique. Avec l'ophthalmoscope, on découvre des corps obscurs qui flottent dans le corps vitré, ce qui prouve que l'inflammation ne reste pas bornée à l'iris. — Cela se voit surtout dans les formes d'iritis décrites autrefois sous le nom d'hydro-méningites, et il était impossible de s'en rendre compte avant la découverte de l'ophthalmoscope.

M. Borlée. M. Sichel a dit qu'avant la découverte de l'ophthalmoscope, les maladies du corps vitré étaient presque inconnues; puis il a parlé des mouches volantes ; il paraîtrait que, d'après lui, ces maladies seraient la cause des mouches volantes.

M. Sichel. D'une espèce de mouches volantes, mais non de toutes.

M. Borlée a examiné au moyen de l'ophthalmoscope beaucoup de personnes atteintes de mouches volantes, sans parvenir à constater d'opacités. D'autre part, il a vu des individus qui présentaient des opacités et qui n'avaient pas de mouches volantes.

M. Sichel a seulement voulu dire que, dans certains cas qu'on avait regardés comme des cas de mouches volantes, on trouve des épanchements de sang dans le corps vitré ; on voit aussi dans ces cas des filaments qui montent, qui descendent, qui sont tendus en divers sens, mais qui toujours restent mobiles. Il en est de même dans les cas d'iritis postérieure, cités par M. Arlt, dans lesquels on voit flotter des filaments grisâtres, des exsudations partielles peu volumineuses. Personne ne prétend que les mouches volantes ordinaires soient produites par de semblables altérations, ni qu'on puisse les voir au moyen de l'ophthalmoscope. Il y a du reste toujours une grande différence entre ce que les malades croient voir et ce que l'observation permet de constater.

M. Quadri a pu, grâce à l'ophthalmoscope, constater un cas de filaire dans le corps vitré. « Voici, dit-il, l'observation succincte de ce fait :

« Une jeune veuve, âgée de 30 ans, est venue me consulter pour une maladie nerveuse, disait-elle, de l'œil droit, qui avait été rebelle à tous les traitements, et qui consistait dans la vision d'un objet filiforme s'agitant continuellement devant lui. Je soumis la malade à l'observation ophthalmoscopique au moyen de l'appareil de Helmholtz, et je constatai la présence d'un objet filiforme qui se trémoussait dans l'humeur vitrée. — Quand j'eus dilaté la pupille par le sulfate d'atropine, je reconnus que cet objet n'était autre qu'un entozoaire vivant. Sa longueur était de dix lignes environ, sa largeur d'un dixième de ligne ; son corps un peu plus grand d'un côté allait s'amincissant insensiblement de l'autre. Vu à l'ophthalmoscope de Helmholtz, il se présentait comme une ombre noire qui apparaissait et disparaissait du champ pupillaire; la vision

de l'objet flottant, ressentie par la malade, coïncidait avec l'apparition que j'en constatai dans la pupille. Je me servis ensuite alternativement de l'ophthalmoscope de Jaeger et de celui d'Anagnostakis appliqués à une très petite distance de l'œil, et je parvins ainsi à illuminer le ver dans le coin de l'œil où il se retranchait, c'est-à-dire près de la papille optique, où il semblait fuir la vive lumière réfléchie par l'ophthalmoscope. Je pus dans cette situation l'examiner pendant plusieurs minutes et reconnaître sa couleur blanche et son corps filiforme. Il n'était environné d'aucun kyste, n'offrait aucune adhérence, et semblait entièrement libre dans l'humeur vitrée où il s'agitait continuellement, et s'entortillait assez souvent de diverses façons (V. fig. 1, 2 et 3). — La malade m'assura plus tard qu'elle le voyait très distinctement lorsqu'elle se baignait l'œil dans une œillère remplie d'un collyre à la santonine que je lui avais ordonné. Je prescrivis consécutivement le calomel, la santonine à l'intérieur, le collyre et la pommade renfermant ces mêmes vermicides, toujours sans aucun résultat.

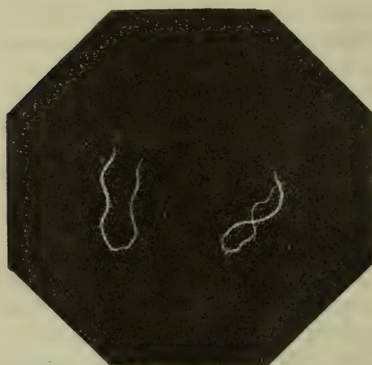


Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

« J'invitai le professeur Delle Chiaie, — auteur de l'intéressant ouvrage *Elmintografià umana* — à vérifier mon observation et à s'assurer si j'avais réellement à faire au *filaria oculi humani Rudolphi*. — Il vit avec moi l'entozoaire, et confirma pleinement mon diagnostic. Il se rappela même avoir vu, sur une planche de l'ouvrage de Demours, une figure représentant l'objet de la vision perçu par un malade, et qu'on attribuait à une maladie nerveuse, figure qui ressemblait beaucoup à celle de l'animal que nous avions sous les yeux. — C'est en effet ce que je constatai sur la dernière planche de l'atlas de Demours.

« Ce fait est peut-être identique à celui dont j'ai été témoin, et cette vision était sans doute le résultat de la présence d'un filaire que Demours, qui était excellent observateur mais qui n'avait pas d'ophthalmoscope à son service, crut devoir attribuer à une maladie nerveuse.

« La malade a une vue parfaite, sauf sa vision accidentelle. Je suis de près son affection, et j'en transmettrai l'histoire complète aux *Annales d'oculistique*. Les

auteurs que j'ai consultés, Graefe, Rudolphi, Mackenzie, parlent de *filaria* morts, trouvés par eux dans le cristallin, mais le fait que je viens de citer est le premier, à ma connaissance, de filaire vivant dans le corps vitré. Aussi, pour lui donner toute l'authenticité qu'il mérite, me suis-je fait un devoir d'en rendre témoin une autorité compétente bien connue, qui a constaté le fait et m'a aidé à en enrichir la science. »

M. Sichel a vu souvent le *filaria* dans la chambre antérieure chez le cheval, mais jamais chez l'homme. Il en a même observé une enzootie à Lisbonne, pendant la guerre de la Péninsule.

M. Jaeger revient sur la question des mouches volantes. En général, on ne voit pas ce qui les produit; mais le mot *mouches volantes* s'applique à une foule de choses, et, entre autres, à certaines obscurations du corps vitré. M. Donders, qui a écrit sur ce sujet, sera à même d'en parler avec plus de détails.

M. Donders expose son opinion sur les mouches volantes et sur l'utilité de l'ophthalmoscope dans ces cas. Il est prouvé qu'elles sont constituées par de petits corpuscules qui flottent dans l'humeur vitrée, visibles au microscope, mais trop exigus pour pouvoir être observés au moyen de l'ophthalmoscope. Cependant l'usage de celui-ci n'est nullement inutile dans ce cas.

Avant son invention, M. Donders croyait que les mouches volantes étaient toujours constituées ainsi par des corpuscules microscopiques. Depuis qu'il emploie l'ophthalmoscope, il a vu quelquefois qu'elles sont causées par la présence de flocons, parfaitement appréciables, qui occupent le corps vitré. Dans ce cas, elles ont une signification pathologique, tandis que, dans le premier, elles constituent l'état normal. L'ophthalmoscope est donc ici très utile, en permettant de juger de la valeur des phénomènes accusés par le malade, et de dire s'ils se rapportent ou non à un état pathologique réel.

M. Borlée dit que les observations de M. Donders s'accordent avec ses propres idées sur la myodésopsie essentielle, et sur son action sur les fonctions visuelles. Chez aucune des personnes atteintes de mouches volantes qu'il a examinées à l'ophthalmoscope, il n'a jamais rien trouvé; le corps vitré était transparent. Il se félicite d'avoir soulevé ce débat, parce que les personnes affectées de mouches volantes sont très communes; que parfois elles se forgent des craintes mal fondées sur leur état, et qu'il importe de les tranquilliser. Cela se rencontre surtout chez les personnes qui s'occupent de travaux intellectuels, et plus spécialement chez celles qui sont atteintes de myopie.

M. Sichel a dit, depuis bien longtemps déjà, que les mouches volantes n'avaient aucune importance, qu'on les faisait disparaître par le grand air, la promenade, le repos de la vue, en regardant toujours au loin et évitant de fixer des objets rapprochés. Voilà pour les véritables mouches volantes. Dans les cas de corps flottants dans l'humeur vitrée, il n'en est plus de même; on n'a plus alors ces corpuscules de formes diverses et bizarres, ces points groupés ensemble, ces serpentaux ; c'est une bande transversale ou une tache qui descend lentement dans le champ visuel et s'y fixe bientôt. Il y a alors épanchement dans le corps vitré, et si l'on emploie l'ophthalmoscope, on aperçoit des flocons présentant la forme que le malade a décrite.

M. Bowman a observé aussi que les mouches volantes fort petites ne sont pas visibles à l'ophthalmoscope, mais qu'elles le deviennent lorsqu'elles sont plus considérables. Cependant, des flocons de sang peuvent même ne pas être vus, s'ils sont placés de façon à être couverts par l'ombre projetée par d'autres parties. Tantôt ces flocons sont visibles pour le malade, tantôt ils ne le sont pas: ils sont visibles quand ils sont situés près de la rétine; ils peuvent ne pas

l'être, quoique offrant un volume plus considérable, s'ils sont situés en avant, tout près du cristallin. — Il a observé aussi certaines petites opacités jaunâtres, qu'il regarde comme des restes d'épanchements sanguins en voie de résorption. La vue dans ce cas est très bonne, quand ces flocons ne se trouvent pas dans l'axe visuel et que l'œil ne se meut pas : mais s'il se meut et si les flocons arrivent dans l'axe visuel, ils sont aperçus. L'ophthalmoscope fait voir ces flocons avec leurs formes, et la lentille avec l'éclairage oblique, lorsqu'elle permet de les découvrir, montre qu'ils offrent une teinte jaunâtre.

Pour ce qui est de l'importance de l'ophthalmoscope, il partage entièrement l'avis de MM. Heyman, Von Graefe et Sichel. Grâce à lui, il a pu reconnaître des cataractes au début, qu'aucun autre moyen d'exploration ne pouvait faire soupçonner ; il a vu, contrairement à ce qu'on dit d'autres orateurs, que cet état tourmentait beaucoup les malades.

M. Borlée croit que les corpuscules que M. Bowman et M. Donders ont rencontrés chez les personnes atteintes de mouches volantes, en sont en effet la cause ; mais il soutient qu'à l'aide de l'ophthalmoscope on ne les aperçoit jamais. En effet, s'ils constituent l'état normal, ils ne peuvent jamais être identiques avec les taches que l'ophthalmoscope fait découvrir.

M. Donders s'est expliqué brièvement sur ce sujet, parce qu'il appartient déjà à la littérature. Tout le monde a des mouches volantes, et chacun peut les apercevoir par la méthode autoptique. On peut même, par cette méthode, déterminer leur distance de la rétine, et on trouve qu'elles occupent constamment la même place et qu'elles ont la même forme. On connaît donc leur siège et leur cause. Pourquoi, si elles existent chez tout le monde, quelques personnes seulement s'en plaignent-elles ? C'est d'abord par hasard qu'elles les aperçoivent; elles en sont frappées, y font attention, puis continuent à les voir toujours. Elles sont beaucoup plus visibles lorsqu'elles sont rapprochées de la rétine et de l'axe optique. Lorsqu'elles sont plus voisines de la rétine, les ombres qu'elles projettent l'impressionnent bien plus; et quand elles sont près du cristallin, à moins de se servir de la méthode autoptique, on ne les voit même pas. On peut par cette méthode en figurer et en décrire les différentes formes. On peut prouver qu'elles siègent dans le corps vitré en les regardant à travers deux petites ouvertures percées dans une carte et tournées vers l'œil. Alors on les voit doubles, ce qui serait impossible si elles n'étaient pas placées en avant de la rétine. Les deux ombres ainsi aperçues sont d'autant plus rapprochées que les mouches volantes sont situées plus près de la rétine ; elles sont d'autant plus écartées qu'elles sont situées plus près du cristallin, et l'on peut de cette façon évaluer leur distance de la première. Elles constituent réellement un état physiologique, qui devient pathologique seulement quand l'ophthalmoscope les fait découvrir.

M. Von Graefe. M. Bowman a dit qu'on aperçoit les opacités lorsqu'elles se trouvent près de la rétine, et non lorsqu'elles sont rapprochées du cristallin. Il faut ajouter que cela dépend aussi de leurs dimensions, et que si elles sont assez étendues, on les voit, lors même qu'elles sont placées tout près du cristallin; seulement les conditions physiques sont les mêmes pour les petites opacités qui sont rapprochées de la rétine, et pour les grandes qui sont rapprochées du cristallin, et les unes apparaissent semblables aux autres. Quant à leur diagnostic, l'ophthalmoscope a fait notre éducation, et maintenant l'examen fonctionnel suffit pour décider si l'on a affaire au fait physiologique des mouches volantes simples, ou à un fait pathologique. Si, en lisant, l'individu affecté interrompt tout à coup sa lecture pour regarder en haut,

s'il jette les yeux en haut pour ensuite recommencer sa lecture, il y a quelque opacité anormale. C'est un geste qu'on ne saurait imiter sans porter une semblable opacité; l'œil monte rapidement, puis descend lentement, comme s'il voulait se débarrasser d'un objet qui le gêne.

M. Heyman dit que, parmi les altérations du corps vitré que l'ophthalmoscope permet de diagnostiquer, il faut noter principalement sa dissolution partielle.

M. Von Graefe fait remarquer que, s'il y a une opacité qui traverse tout le corps vitré, qui occupe tout le champ de la vision, on ne doit pas conclure immédiatement à un ramollissement total de ce corps, car on trouve cela dans la sclérotico-choroïdite postérieure. Le mouvement parfaitement libre des corpuscules dans le corps vitré ne suffit pas non plus pour en caractériser le ramollissement.

M. Heyman résume les altérations de la choroïde et de la rétine, altérations presque inconnues avant l'invention de l'ophthalmoscope. Ce sont pour la choroïde, ses inflammations, ses épanchements, les altérations de son pigment. Pour la rétine, les principales sont l'hypérémie, l'hémorrhagie et les épanchements. Toutes ces lésions donnent lieu à une amblyopie plus ou moins prononcée, dont jusqu'à présent on n'avait pas pu déterminer la cause. La photopsie, la tension du globe de l'œil, les douleurs excessives se propageant le long du nerf sus-orbitaire, symptômes qui ont été regardés comme accompagnant ces altérations, manquent plus souvent qu'ils n'existent. La photophobie, l'affaiblissement de la vue, la perte d'une partie du champ visuel existent aussi dans d'autres maladies.

Dans certains cas on trouve un affaiblissement général de la vue, et cependant, par l'examen ophthalmoscopique, on ne trouve qu'une maladie partielle de la rétine. C'est pourquoi il faut dans ces cas rechercher s'il n'y a pas un point limité qui est seul affecté. Il arrive quelquefois que, dans des cas de rétinite, il existe seulement un petit épanchement à la place de la vue directe; alors les malades ne voient pas dans le centre du champ visuel, mais ont un champ visuel ovale avec axe longitudinal. M. Heyman a vu un de ces cas, où le traitement a amené de l'amélioration, à tel point que le malade a encore pu voir ; cependant l'opacité n'avait pas diminué, mais la nuance en était devenue plus claire. Il y avait une différence dans l'état hypérémique, et non une résorption de l'épanchement, qui était la cause principale de la maladie.

C'est ici le lieu de parler des maladies des vaisseaux de la rétine. M. Jaeger a signalé un cas où un rameau de l'artère centrale de la rétine était oblitéré par un caillot. M. Heyman a observé un cas semblable sur une personne âgée, atteinte d'amaurose complète de l'œil gauche, et survenu dans l'espace de 15 à 20 jours; un vaisseau était obturé dans une longueur de plusieurs lignes; c'était une partie de la veine, qui était presque vide, tandis que vers la circonférence elle était élargie.

M. Sichel ne nie pas que dans l'amaurose cérébrale l'ophthalmoscope puisse montrer des opacités au foyer de la papille nerveuse, une tendance à l'atrophie, comme l'a dit M. Von Graefe. Il a seulement voulu dire qu'il n'y avait pas dans ce cas beaucoup de phénomènes visibles, qu'il n'y avait pas de phénomènes en rapport avec l'altération fonctionnelle. Ceci n'est pas une critique de l'ophthalmoscope ; c'est dire qu'on ne doit pas lui demander l'impossible, qu'on ne doit pas lui demander de faire voir des altérations caractéristiques, dans une maladie qui a son point de départ dans le cerveau ; cela n'empêche pas qu'il ne puisse y avoir jusqu'à un certain point des altérations dans la papille nerveuse et dans les vaisseaux.

Séance du 16 septembre 1857.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la question relative à l'utilité de l'ophthalmoscope.

M. Quadri. Un des symptômes qui accompagnent d'ordinaire l'albuminurie ou maladie de Bright, est la cécité plus ou moins complète, symptôme qui a été observé pour la première fois par Landouzy et plus tard par Trousseau, Roux, Forget, Cunier, Bretonneau, etc. J'ai eu pour ma part l'occasion de traiter un cas de cette nature, et je demanderai la permission de faire l'exposé fidèle de ce que j'y ai observé. Je ne dis pas que la cécité doive, dans des circonstances identiques, être toujours produite par la même altération que celle que j'ai remarquée dans ce cas ; mais je pense que les données que je suis à même de fournir pourront éclaircir ce point scientifique d'une manière plus positive. La malade dont j'ai à vous entretenir, après un mois des souffrances qui accompagnent le début de la maladie de Bright, commença à sentir sa vue s'affaiblir graduellement, sans éprouver aucune douleur, ni aucune sensation spéciale; la portée de sa vue diminua graduellement, un brouillard épais l'environna, de sorte que, lorsque je la vis deux mois après, elle ne distinguait plus qu'à peine les gros objets situés à deux pieds de distance; elle ne pouvait plus compter les doigts, ni lire les gros caractères; la lumière ne lui causait aucune souffrance; elle voyait une oscillation dans les objets, comme s'ils étaient agités autour d'elle.— La pupille était légèrement dilatée, l'iris, bombé, s'avançait vers la cornée; les mouvements en étaient réguliers, mais lents et paresseux; la conjonctive était, dans les deux yeux, soulevée par un chémosis séreux tout à fait transparent; les yeux, saillants, paraissaient menacés de sortir de l'orbite : la malade avait naturellement les yeux à fleur de tête; mais depuis le début de l'affection oculaire, ils étaient évidemment poussés en dehors. Je soumis la malade à l'observation ophthalmoscopique, et je reconnus dans les deux yeux un décollement presque total de la rétine; cette membrane était comme flottante et entrait presque en oscillation dans les mouvements de l'œil. — J'observai les urines, elles contenaient de l'albumine. — Comme le pronostic pour la vie de la malade était bien grave, je ne pus que faire un traitement palliatif. Deux vésicatoires furent appliqués derrière les oreilles; le lendemain matin, la malade voyait beaucoup mieux; mais cette amélioration dura seulement quelques heures. Je fis frictionner les tempes et le front avec de l'onguent napolitain, uni à la ciguë, et prendre du calomel. — Le chémosis disparut et la maladie parut s'améliorer. — Je prescrivis des frictions d'iodure de potassium; la malade passa une quinzaine de jours entre une légère amélioration, qui se présentait tous les matins à son réveil, et un abaissement de la vue qui allait en croissant pendant toute la journée. Il y eut même un moment où la vue paraissait assez améliorée; je répétai l'observation ophthalmoscopique, et je constatai que le décollement avait disparu, et que la rétine se montrait tout à fait à l'état normal. Mais bientôt les symptômes de la maladie générale devinrent plus graves, une congestion séreuse cérébrale obligea la malade à se remettre au lit et à abandonner tout traitement de l'affection oculaire. Bien plus, une congestion hémorrhagique se présenta dans la conjonctive de l'œil gauche; plus tard, une ophthalmie catarrhale aiguë donna lieu dans ce même œil à un chémosis sanguin avec ectropion, qui disparut complétement à l'aide d'un léger collyre; les symptômes de congestion cérébrale augmentèrent, et la malade mourut.

Il résulte pour moi de cette observation que la cécité a été produite par une exsudation séreuse sous-rétinienne avec décollement de la rétine; et, en effet, rien de plus simple que, dans une maladie qui est toujours accompagnée d'exsudations séreuses, tantôt dans un organe, tantôt dans un autre, l'œil soit sujet à la même altération. J'entends bien qu'un seul cas ne suffit pas pour établir un principe, ni autoriser à aucune conclusion; mais je désire appeler l'attention de mes collègues sur ce sujet, afin que, par le moyen de l'ophthalmoscope, on puisse constater quelle est l'altération anatomico-pathologique qui produit la cécité dans la maladie de Bright.

M. Von Graefe. Je ne me trouve pas d'accord avec M. Quadri; le décollement de la rétine dans l'albuminurie est toujours un phénomène secondaire; l'affection primitive est une rétinite avec dépôt de graisse dans les cellules de la rétine. A ce propos, je dirai même que si, quelque part, on pouvait admettre des maladies spécifiques, ce serait, à coup sûr, dans l'albuminurie. En effet, il y a là une lésion constante, et lorsqu'elle existe, presque toujours on a trouvé une altération chimique de l'urine.

Le décollement de la rétine signalé par M. Quadri s'observe quelquefois, mais non toujours, et, au début, il y a constamment une rétinite avec épanchement. Cette rétinite revêt au commencement la forme apoplectique; mais bientôt elle se distingue de la forme apoplectique ordinaire par le développement de taches jaunâtres dans la rétine. Ces taches, comme l'autopsie a permis de le constater, sont constituées par le dépôt de granules graisseuses dans les éléments cellulaires de la rétine. On n'est pas d'accord si ces éléments sont des cellules ganglionnaires ou des cellules de nouvelle formation; mais cela importe peu pour le sujet qui nous occupe.

M. Heyman a vu dans un cas d'amaurose albuminurique une espèce de procidence de la papille optique.

M. Crocq. En 1851 ou 1852, j'ai publié dans la *Presse médicale* un article dans lequel j'ai émis l'idée que l'amaurose albuminurique était constituée par un œdème de la rétine et des parties sous-jacentes, œdème sujet à disparaître et à reparaître comme celui des autres parties. J'avais été conduit à cette conclusion par l'examen des symptômes; je n'avais pas eu l'occasion de le voir sur le cadavre, et l'ophthalmoscope n'était pas encore inventé.

M. Bauduin (Hollande) donne communication de la note suivante :

« Quelque grandes que puissent être l'importance et l'influence de l'usage de l'ophthalmoscope pour le diagnostic et le traitement des maladies oculaires dans la pratique civile, la valeur de cet instrument est encore plus appréciable dans le service sanitaire militaire.

« Sans entrer ici dans des considérations thérapeutiques, je me permettrai seulement de signaler les grands services que l'usage de l'ophthalmoscope rend aux médecins militaires dans l'un des devoirs les plus difficiles de leur profession; je veux parler de l'examen, pour motifs de réforme, des militaires ophthalmiques, ou de ceux qui font semblant de l'être. Cet avantage s'apprécie plus particulièrement encore quand il s'agit de juger des maladies des parties internes du globe de l'œil, dont l'observation objective était presque impossible avant l'époque de cette précieuse découverte. Le résultat de cette incertitude a été qu'on devait se fier souvent à des apparences extérieures et trompeuses et à des renseignements subjectifs souvent très suspects.

« Tout médecin militaire sait de quelle manière incomplète on constatait ci-devant l'existence de la myopie chez les miliciens. Une ou deux paires de lunettes dites de *conscription*, et des optomètres de bien peu de valeur semblaient suffire. Plus tard, on obtint des données plus complètes et plus certaines en se

servant d'un appareil de lunettes plus étendu; mais on sait combien de jeunes gens ont éludé les suites de cette épreuve, en s'habituant, quelque temps avant l'examen, à l'usage de lunettes plus fortes encore que celles qui devaient servir à faire constater leur myopie. Aujourd'hui le médecin militaire est en état de compléter ses investigations. L'examen avec l'ophthalmoscope donne, jusqu'à un certain point, la certitude objective du degré de réfraction des yeux. D'ailleurs (sans parler de méthodes plus compliquées), on obtient une grande conviction en se rendant compte de la force des verres concaves dont on a besoin soi-même pour bien voir l'image de la rétine, toutefois quand l'observateur y joint la force de sa propre *faculté accommodative.*

« Les amauroses offrent un plus vaste champ encore à l'application de cet instrument. La révolution qui s'est opérée dans le diagnostic de ces maladies, par cette heureuse découverte, est peut-être sans égale dans la science médicale de notre siècle, et nous pouvons constater maintenant, pendant la vie, et déjà dès leur début, les vices organiques dont l'intérieur de l'œil est susceptible.

« Quoique l'ophthalmoscope ne nous donne pas, dans tous les cas, une certitude absolue, néanmoins il suffit la plupart du temps à donner aux décisions un fondement qui naguère y faisait défaut.

« Fixons notre attention sur le peu de valeur de symptômes soi-disant pathognomoniques de ces affections, la dilatation et l'immobilité de la pupille. Combien de fois n'en a-t-on pas été dupe? Je me rappelle avoir observé plusieurs fois que des militaires atteints d'amblyopie amaurotique avaient été soupçonnés de simuler cette maladie, parce que cette paralysie de l'iris ne se présentait pas chez eux, — et qu'ils avaient été renvoyés de l'hôpital et forcés de faire leur service. Figurons-nous maintenant la situation déplorable de ces malheureux qui, privés en partie de la jouissance du plus noble des sens, étaient autrefois, non-seulement lésés profondément par un doute offensant, mais se voyaient encore forcés de faire leur service et tombaient fréquemment, par suite des fatigues attachées à la vie militaire, dans un état de cécité complète, qui se manifestait alors et se reconnaissait, mais trop tard pour qu'on pût y porter remède.

« Aujourd'hui nous sommes en état de congédier à temps et au début de la maladie ces malheureux, ou de leur assurer un secours pécuniaire de l'État, même quand la maladie n'a fait encore que peu de progrès.

« Nous plaçant à un autre point de vue, il ne sera pas superflu de rappeler que le fait signalé dans l'histoire, qu'au temps de Napoléon Ier, deux cents étudiants en médecine français auraient trouvé le moyen de se soustraire au service militaire, en simulant l'amaurose, eût été une impossibilité, si l'ophthalmoscope eût existé.

« Ces considérations suffiront pour faire apprécier la valeur de l'ophthalmoscope comme élément de conviction pour éclairer notre conscience et pour nous permettre de répondre catégoriquement et avec assurance aux questions qui sont souvent adressées aux médecins militaires par l'administration supérieure, pour statuer sur l'état de maladies vraies ou simulées. Enfin il nous épargnera les fréquentes contradictions dont souvent nous nous rendions coupables entre nous, faute de moyens suffisants d'investigation.

« Cette plus grande certitude dans le diagnostic profitera également au trésor public; parce que désormais il n'y aura plus lieu à faire subir dans les hôpitaux de longues épreuves ou des traitements plus ou moins onéreux pour s'assurer d'un état désormais facilement reconnaissable. D'autre part, elle permettra aux médecins assistant les conseils de milice de juger avec assurance des cas de réforme.

« Je suis si pénétré de l'importance dont est pour le médecin militaire l'usage de l'ophthalmoscope, que je voudrais voir les exercices ophthalmoscopiques faire partie des examens nécessaires à l'admission des médecins au service des armées. C'est un vœu que je me permettrai d'exprimer, et j'ai la confiance qu'il sera partagé. »

L'ordre du jour appelle la discussion de la 4e question. (*Ophthalmies spécifiques*, V. p. 17.)

M. Levrat (Belgique). Il y a 50 ans, Napoléon Ier recevant les membres de la Société de médecine de Lyon, leur disait : Vous n'avez dans votre ville que des ophthalmies, des catarrhes et des rhumatismes, cela tient à vos cheminées qui fument, et pour allumer votre feu vous vous placez entre le foyer et la fenêtre ouverte, et dans le courant d'air vous gagnez ces maladies. Depuis lors, la ville de Lyon a été transformée en une ville nouvelle, grâce à l'esprit de l'époque, qui est celui des grandes choses, à la science des architectes, des fumistes, au progrès des arts utiles, et surtout à l'hygiène publique; la ville de Lyon, sans perdre le cachet des cités anciennes, est devenue une ville grande, belle et salubre.

Toutefois l'ophthalmie catarrhale, rhumatismale, s'observe toujours en grand nombre à Lyon, ville, malgré les embellissements, humide par sa position entre deux fleuves, par sa proximité des montagnes des Alpes, couvertes de neiges éternelles, et du Mont-Pila, où l'hiver ne finit qu'au mois d'août.

Au grand Hôtel-Dieu de Lyon, indépendamment de ces espèces d'ophthalmies, au moment de l'automne et au commencement de l'hiver, on voit arriver, des contrées marécageuses qui avoisinent Lyon, une espèce d'ophthalmie qui a le caractère pyrexique, qui succède aux fièvres intermittentes, endémiques dans ces contrées : on la guérit avec les préparations de quinquina et les purgatifs. C'est bien là une ophthalmie spécifique. L'ophthalmie qui tient au principe rhumatismal et que l'on guérit avec le colchique, la douce-amère est encore une ophthalmie spécifique dont nous avons vu plusieurs exemples. Ainsi la spécificité s'établit d'après nous par la nature même de la maladie, par les causes qui l'ont déterminée, et qui l'entretiennent, par la constitution diathésique de l'individu, et par le traitement à l'aide duquel on la guérit.

Il existe donc, à n'en pas douter pour nous, des ophthalmies et des cécités qui tiennent à l'action d'une cause spécifique; mais nous admettons aussi que, malgré les progrès qu'a faits la science dans ces derniers temps, il n'est pas toujours facile de reconnaître cette spécificité. Toutefois le praticien, guidé par les circonstances commémoratives qui ont précédé la maladie, par la constitution diathésique de l'individu, par le non-succès des moyens employés, ne peut tarder à reconnaître la cause véritable du mal qu'il a à combattre.

Nous ne nous étendrons pas sur cette importante question, qui sera élucidée par les hommes éminents qui se sont occupés spécialement d'ophthalmologie, et dont la réunion dans ce Congrès est si remarquable. Parmi un assez bon nombre de faits que nous avons recueillis, nous ne citerons que le suivant :

Obs. — Madame R..., âgée de 58 ans, d'un tempérament sanguin et nerveux, replète, — réglée de bonne heure (14 ans), a perdu ses règles à 42 ans ; elle a eu deux enfants. Jusqu'à 52 ans, madame R... avait joui d'une bonne santé ; à cette époque, elle commença à avoir des douleurs rhumatismales vagues, aux épaules, aux bras, aux genoux et sur les côtés de la

poitrine. Un traitement qui pouvait paraître rationnel produisit peu d'effet; plus tard, les yeux devinrent malades; une ophthalmie se déclara. Le savant oculiste qui fut appelé s'occupa peu de la cause de la maladie, et le traitement qu'il prescrivit, continué pendant six mois, n'avait produit aucun bon résultat: sangsues, collyres, pommades, vésicatoires, séton à la nuque, etc, etc. Loin de s'améliorer, l'état de madame R... empirait chaque jour; l'inflammation de la conjonctive, des paupières était passée à l'état chronique; il y avait des ulcères sur la cornée et la cécité était imminente. Consulté par cette dame, j'adoptai une tout autre médication que celle suivie jusque-là; je prescrivis les pilules de colchique et de coloquinte, la tisane concentrée de douce-amère, et les yeux furent lavés avec un collyre légèrement astringent et calmant. Un régime sévère vint aider l'action des médicaments, et madame R..., que l'on regardait comme aveugle, fut guérie de son ophthalmie et de ses douleurs rhumatismales au bout de deux mois de ce traitement.

M. Anagnostakis. D'après le programme qui nous est soumis, « toute affec-« tion qui, soit par la nature de son agent producteur, soit à cause des con-« ditions constitutionnelles ou diathésiques où se trouve celui qui en est « atteint, donne lieu à des indications curatives spéciales, est une affection « spécifique. » Par sa largeur même, cette définition anéantit toute ophthalmie spécifique. En effet, si on l'adoptait, il faudrait regarder toutes les ophthalmies comme spécifiques, car il n'en est pas une qui, à raison de sa cause, de ses complications, des circonstances dans lesquelles elle existe, ne reconnaisse des indications particulières, spéciales. J'appelle ophthalmie spécifique une ophthalmie qui ne peut se développer que sous l'influence d'une cause dominante ou constitutionnelle; si elle peut se développer en dehors de cette influence, elle ne présente plus rien de spécifique pour moi; et si le traitement exige des modifications, c'est à raison de l'état dans lequel se trouve le malade et non en vertu de la nature particulière de son ophthalmie. Je prends pour exemple l'ophthalmie phlycténulaire, dite scrofuleuse. Cette ophthalmie se montre avec tous ses caractères chez des individus qui ne présentent aucun signe de scrofule, et qui n'en présenteront jamais : ce n'est donc pas une ophthalmie spécifique.

Cela étant, on doit se demander : quelles sont donc les ophthalmies spécifiques? Cette question n'est pas aussi facile à résoudre, et je crois que nous n'avons pas mission d'en donner la solution.

Je propose donc de remplacer le paragraphe du programme par le suivant :

« Toute ophthalmie qui ne peut se développer que sous l'influence d'une « cause *virulente* ou *constitutionnelle*, doit être considérée comme une ophthal-« mie *spécifique.* »

M. Quadri. Au fond, nous sommes tous d'accord sur les ophthalmies spécifiques, car tous nous les traitons de la même manière; tous nous reconnaissons que l'état constitutionnel a une grande influence sur la marche et la thérapeutique du mal local. Aussi Beer, qui a introduit ce mot, a-t-il fait faire un progrès à la science; mais depuis on en a abusé, en accordant à ce mot une importance exagérée, en voulant établir des distinctions impossibles entre ces ophthalmies. Qu'on supprime le mot, et l'on atteindra exactement le même but, sans perdre son temps en discussions oiseuses.

Les partisans de la spécificité pensent qu'une inflammation qui se développe sous l'influence des causes ordinaires chez un sujet atteint d'une maladie constitutionnelle, revêt une marche spéciale qui fixe des indications curatives spéciales. Mais on peut bien admettre cela sans adopter le mot *spécifique*, qui peut devenir une source d'erreurs, et en le remplaçant par le mot

spécial, qui n'implique rien que ce que je viens de dire. En adoptant cette manière de voir, on pourra peut-être classifier les ophthalmies autrement qu'on ne l'a fait; on pourra établir une distinction entre les ophthalmies spécifiques, qui se développent seulement sous l'influence d'une cause unique, comme l'ophthalmie variolique et les ophthalmies spéciales, qui sont seulement influencées dans leur marche et leur traitement par les états constitutionnels concomitants. Parmi celles-ci, on peut distinguer des ophthalmies spéciales simples, qui le sont d'emblée, et des ophthalmies spéciales compliquées, qui ne le deviennent que consécutivement. Je propose donc d'abolir le mot *spécifique* , et de parler uniquement des ophthalmies *spéciales*.

M. Van Roosbroeck. Les ophthalmies spécifiques sont nettement définies dans la solution proposée par la Commission : ce sont celles dans lesquelles la cause productive ou un état constitutionnel donne lieu à des indications curatives spéciales. Il n'est pas dit par là qu'elles doivent offrir des lésions n'appartenant qu'à elles; et toutes les ophthalmies sont loin d'être comprises dans cette définition.

M. Anagnostakis. Je comprends qu'une affection qui présente des lésions toujours identiques, sous l'influence d'une cause toujours la même, est une affection spécifique. Mais je ne puis appeler ainsi une ophthalmie qui offre des indications spéciales par suite de la constitution de l'individu ou des diathèses dont il peut être atteint.

M. Crocq. La solution du Comité me semble avoir le grand tort de ne tenir compte que des indications curatives et non des lésions anatomiques. Or, c'est par celles-ci seulement qu'on peut établir la nature d'une maladie, et non par sa cause présumée, par la constitution de celui qui la porte, ou par les circonstances qui en ont précédé ou accompagné le développement. Ainsi, il existe une ophthalmie phlycténulaire, dont je n'ai pas à énumérer ici les symptômes, et que chacun reconnaîtra de suite à la lésion qui la caractérise; mais existe-t-il une ophthalmie scrofuleuse? Pour pouvoir l'affirmer, il faudrait qu'elle offrît un rapport constant de cause à effet avec la scrofule. Or, j'ai souvent observé cette ophthalmie chez des sujets qui ne présentaient absolument aucun autre caractère de scrofule, qui étaient bien portants et bien constitués. Est-ce que cette circonstance seule pourrait nous autoriser à les ranger parmi les scrofuleux? Je ne le pense pas; car, pour moi, la scrofule n'est pas un *quid* mystérieux, un vice insaisissable de nos humeurs : c'est une maladie bien définie, caractérisée par un ensemble bien déterminé de lésions; et là où cet ensemble de lésions n'existe pas, je dis qu'il n'y a pas scrofule, la conjonctive et la cornée fussent-elles couvertes de phlyctènes.

Lorsqu'il y a sclérotite, sans aucune autre affection qui la complique, en conclura-t-on que l'ophthalmie est rhumatismale, et que l'individu qui la porte est rhumatisé? On dit que l'état constitutionnel modifie la marche de la maladie et son traitement : ceci est juste; mais, en partant de ce principe, toutes les ophthalmies sont spécifiques, car chaque individu a sa constitution, ses prédispositions, ses idiosyncrasies, ses maladies organiques qui modifient l'ophthalmie dont il peut être atteint, dans sa forme, sa marche et son traitement. Il y a l'ophthalmie du pléthorique, qui n'est pas celle de l'anémique; l'ophthalmie du sanguin qui diffère de celle du lymphatique, et ainsi de suite. A ce point de vue donc, toutes les ophthalmies sont spécifiques, c'est-à-dire qu'aucune ne l'est.

Il y a des ophthalmies qui peuvent être considérées comme spécifiques, vu leurs rapports constants avec certaines causes : telle est l'ophthalmie variolique, qu'on a citée comme type; telle est encore l'ophthalmie chancreuse, résultant du dépôt du virus chancreux sur la conjonctive, et dont j'ai vu un cas. Mais

si ces ophthalmies sont distinctes de toutes les autres, c'est parce qu'elles présentent une lésion anatomique spéciale, sans laquelle elles n'existeraient pas; ce sont des maladies distinctes, caractérisées par leurs lésions fondamentales, et le mot *spécifique* n'est nullement nécessaire pour les distinguer. Peut-être pourrait-on y ajouter l'ophthalmie syphilitique; cependant il faut agir avec réserve. J'ai vu un chirurgien distingué déclarer syphilitique une ophthalmie parce qu'il y avait certaine forme d'iritis. L'individu, questionné, n'accusa qu'une blennorrhagie simple, qu'il avait eue vingt ans auparavant, et qui n'avait présenté aucune suite. D'emblée, on conclut que la blennorrhagie peut donner lieu à la syphilis; et d'autre part, on conclut que, puisque celle-ci existait, l'ophthalmie était syphilitique. En procédant ainsi, il n'est pas difficile de trouver des ophthalmies spécifiques à caractères fixes et tranchés, et de les reconnaître. — Du reste, j'admets volontiers que pour l'ophthalmie syphilitique, on découvrira quelque lésion propre; mais alors celle-ci la caractérisera comme maladie distincte, et le mot *spécifique* sera encore une fois un hors-d'œuvre.

Au lit du malade, je tomberais sans doute d'accord avec un partisan de la spécificité. En effet, chez un individu affecté de rhumatisme, il traiterait une ophthalmie rhumatismale, tandis que moi je traiterais une ophthalmie compliquée de rhumatisme, et, en définitive, nous aboutirions au même résultat. Est-ce à dire, Messieurs, que cette discussion soit une simple dispute de mots? Nullement; car il s'agit de savoir si des maladies, offrant des lésions identiques, peuvent avoir une nature différente; si, en d'autres termes, la nature n'en est pas déterminée par leurs lésions. Il s'agit ensuite de savoir si, sur la foi de telle ou telle forme d'inflammation oculaire, on sera en droit de proclamer un individu scrofuleux ou rhumatisé.

Je ne puis donc admettre d'ophthalmies spécifiques. Mais je dis que le médecin vraiment digne de ce nom ne doit jamais considérer un organe isolé, qu'il doit toujours avoir en vue l'organisme tout entier, tenir compte de la constitution, du tempérament, des diathèses, des antécédents, des complications, et diriger le traitement en conséquence. En un mot, il ne doit jamais oublier qu'il traite, non des maladies, mais des individus malades dont chacun a son individualité propre, c'est-à-dire ses conditions particulières d'existence.

M. Van Roosbroeck. Certaines maladies diathésiques, certains états constitutionnels impriment aux ophthalmies des caractères constants, y donnent une physionomie particulière, et imposent un traitement spécial. Dès lors, n'est-il pas juste de séparer ces ophthalmies, de les classer à part, d'en signaler l'existence? C'est ce que nous faisons en les désignant sous le nom d'ophthalmies spécifiques. On a dit que ce mot prêtait à des abus; mais tout peut y prêter; et ici; il sert à distinguer des choses qui sont réellement distinctes. Ainsi, l'ophthalmie syphilitique ne peut être confondue avec aucune autre, et son traitement est tout spécial; le cas qui vous a été cité tout à l'heure prouve seulement qu'on peut se tromper, mais il n'infirme nullement le principe. Dans l'ophthalmie scrofuleuse, ce ne sont pas seulement les phlyctènes qu'il faut considérer, mais surtout la photophobie, qui arrive à un degré extrême, qu'on ne rencontre pas dans d'autres ophthalmies, même beaucoup plus violentes ; cette photophobie est caractéristique, elle n'existe que chez les scrofuleux.

Sans doute, il n'y a pas de symptômes pathognomoniques ; mais on ne peut pas conclure de là à la non-existence de la spécificité; cela indique seulement que nous ne savons pas toujours la reconnaître. On dit que pour caractériser une diathèse il faut un ensemble d'accidents; mais parmi ces accidents, il y en

a généralement un qui est le premier, qui précède les autres; si ce premier accident est une ophthalmie, attendra-t-on pour traiter l'affection générale qu'elle ait marché, qu'elle se soit manifestée ailleurs, qu'elle ait produit des accidents plus graves? C'est ce qui arrive par exemple dans la scrofule, où assez souvent l'ophthalmie marque le début des manifestations diathésiques. Les ophthalmies spécifiques doivent être maintenues, parce qu'elles fixent l'attention du praticien sur les causes, la marche particulière et le traitement de ces maladies.

M. Quadri. Les uns ne veulent reconnaître l'influence d'un vice général que lorsqu'il donne dans toute l'économie des signes manifestes de sa présence. Les autres veulent l'admettre alors que l'œil seul est affecté, de sorte qu'en l'examinant ils pourraient dire que le sujet est scrofuleux ou syphilitique. Mais nous sommes médecins avant tout, notre diagnostic ne doit jamais se faire uniquement par l'inspection de l'œil, mais par l'examen de tous les organes. En admettant des ophthalmies spéciales, nous disons qu'on doit tenir compte non-seulement de leur siége, de leurs caractères locaux, mais aussi de l'ensemble offert par l'organisme entier, de l'état général de l'individu. En procédant ainsi, on arrivera à un diagnostic exact et à un traitement rationel. Nous parviendrons à ce résultat en admettant, non des ophthalmies spécifiques dont les caractères sont absolus, mais des ophthalmies spéciales, offrant certaines modifications qu'il faut savoir apprécier.

M. Calvo y Martin. Cette question est très difficile à résoudre : c'est d'elle que dépend la classification des maladies oculaires. Dans cette discussion, il ne faut pas oublier que chacun parle d'après ce qu'il a vu dans son pays, et c'est là, selon moi, la principale cause des opinions divergentes qui se produisent. On ne peut pas morceler l'individu, isoler un organe et en considérer à part les maladies ; il faut toujours se rappeler qu'il fait partie de l'économie, et l'examiner dans ses connexions avec tous les autres. Quant aux diathèses, ne peuvent-elles pas se manifester dans un seul organe? Il faut une certaine quantité de diathèse pour produire une affection spéciale dans tel organe ; si elle n'existe pas, cet organe restera intact; et qui peut mesurer la quantité de diathèse ? Ensuite, il faut toujours tenir compte du pays où l'on observe, cette circonstance pouvant imprimer aux diathèses des modifications. Ainsi, en Espagne, la scrofule n'est pas caractérisée comme elle devrait l'être d'après la description de Hufeland. Au printemps et en automne, on voit survenir des manifestations vers le nez et les oreilles, des gonflements sous-maxillaires, des pustules à la peau, puis tout cela disparaît pour se reproduire au bout de quelques mois. Cette diathèse guérit souvent seule et cède très facilement au chlorure de baryum.

Je crois qu'il ne faut pas isoler l'œil, le considérer à part; mais toujours tenir compte de l'état de l'économie ; il faut examiner, non une maladie, mais un individu malade. Dans tous les ouvrages de médecine et de chirurgie, il est fait mention de maladies spéciales, modifiées dans leur forme et leur traitement par les circonstances dans lesquelles se trouve le malade ; je ne vois pas pourquoi il n'en serait pas de même en ophthalmologie. Une des influences les plus manifestes à mon avis, et je ne puis trop y revenir, est celle du climat. Ainsi, les médecins espagnols n'ont jamais admis la gastrite de Broussais, parce qu'on ne l'a jamais rencontrée à Madrid. En revanche, on y trouve la fièvre bilieuse, presque inconnue partout ailleurs. — Sans doute les études anatomiques sont nécessaires, mais elles ne donnent pas la solution de toutes les questions, et il ne faut pas oublier la nature des causes qui sont l'un des facteurs de la lésion pathologique. Ceci est vrai surtout pour les causes

diathésiques, qui impriment aux maladies des modifications spéciales, sans en changer les lésions anatomiques, et qui du reste n'ont pas encore été bien étudiées. Dès qu'on admet ces causes en pathologie, et l'on doit les admettre, il faut aussi les adopter en ophthalmologie. Je crois donc que si l'on peut ne pas admettre les ophthalmies spécifiques, on doit admettre des ophthalmies spéciales, offrant des modifications en rapport avec les circonstances dans lesquelles elles se sont développées. Du reste, il ne faut pas pour l'appréciation de ces affections se borner à l'examen de l'œil, de la maladie locale, mais il faut toujours examiner l'individu malade tout entier, et tenir compte de toutes les circonstances, et surtout des circonstances de localité. Voilà pourquoi je repousse le mot *spécifique* pour adopter le mot *spécial*.

M. Anagnostakis. M. Van Roosbroeck a avoué que les ophthalmies spécifiques ne se manifestaient pas toujours par des symptômes pathognomoniques ; il a parfaitement raison; mais alors comment les reconnaîtra-t-il? Il a dit que parfois elles peuvent être la première manifestation de la diathèse dont elles dépendent; mais si l'on ne peut pas les reconnaître positivement, comment distinguera-t-on ces cas? Il a cité comme exemple l'ophthalmie scrofuleuse, qui survient parfois comme premier signe de la scrofule. Eh bien! j'ai vu des individus très bruns, nullement lymphatiques, offrir l'ophthalmie phlycténulaire, dite scrofuleuse, sans jamais présenter aucune manifestation scrofuleuse; dira-t-il qu'ils étaient scrofuleux?

Quant aux idées de M. Quadri, je lui répondrai qu'un groupe quelconque de symptômes ne peut jamais servir à déterminer la nature d'une maladie; admettre une telle manière de voir serait tomber dans un vrai chaos. La seule condition qui puisse atteindre ce but, c'est l'examen des lésions anatomiques. Je crois aussi qu'on doit examiner le malade en entier, dans son ensemble, ne négliger aucune circonstance; mais je ne pense pas qu'on doive appeler scrofuleuse ou rhumatismale une maladie parce qu'elle se développe chez un scrofuleux ou chez un rhumatisé. Je ne pense pas que pour cela il faille admettre des ophthalmies spéciales ou des ophthalmies spécifiques.

M. Van Roosbroeck. M. Anagnostakis confond l'inflammation survenant chez un individu atteint d'une diathèse avec celle qui est la suite de cette diathèse, qui la reconnaît pour cause immédiate; il y a pourtant là une distinction à établir. Ainsi, une ophthalmie traumatique survenant chez un scrofuleux, n'est pas une ophthalmie scrofuleuse; avec le temps elle peut le devenir, mais cela peut aussi ne pas arriver, et elle peut disparaître sans avoir jamais mérité ce nom. Il y a donc là quelque chose de plus qu'une coïncidence ou une complication; il y a quelque chose qui dépend de l'essence même de l'état constitutionnel, et qui crée l'ophthalmie spécifique, quelque chose qui fait qu'une ophthalmie scrofuleuse n'est pas seulement une ophthalmie survenant chez un scrofuleux.

M. Levrat. C'est avant tout le traitement qui fait reconnaître la spécificité de l'ophthalmie. Si elle résiste aux antiphlogistiques, c'est qu'il y a une cause spécifique, et en s'adressant à celle-ci, on guérit. Voilà pourquoi et comment j'admets des ophthalmies spécifiques.

M. Muller. Je suis entièrement d'accord avec M. Crocq sur la spécificité des ophthalmies. Cependant, comme on ne peut jamais trancher par un vote une question de science, je proposerai la suppression pure et simple du § A du projet de solution.

M. Sichel croit qu'avant de décider la suppression du paragraphe, il faut discuter à fond la question.

M. Muller propose de motiver le rejet de la solution indiquée au pro-

gramme, par la considération qu'une question scientifique ne peut jamais être tranchée par un vote.

M. Crocq dépose la proposition suivante :

« Quelle que soit l'opinion que l'on se forme sur la spécificité des ophthal-
« mies, le praticien doit faire grande attention aux conditions constitutionnelles
« qui, soit comme causes, soit comme complications, peuvent coexister avec
« la maladie oculaire, et tenir compte de ces conditions dans le pronostic et
« la thérapeutique. »

Il pense qu'en adoptant cette proposition, la section ne tranchera pas la question encore si controversée des ophthalmies spécifiques, et que cependant elle donnera toute satisfaction aux praticiens, en énonçant un fait dont l'on ne peut contester l'exactitude ni l'importance.

M. Kuchler. J'appuie la proposition de M. Muller, consistant à supprimer le paragraphe relatif aux ophthalmies spécifiques. En effet, la discussion ne nous a pas fait faire un pas, et si nous la continuons, elle ne nous avancera pas davantage. Le point de vue de Beer a été, qu'il n'y a pas seulement dans les ophthalmies spécifiques des symptômes d'inflammation, mais aussi des symptômes appartenant à la maladie dont elles proviennent. Beer a sans doute été trop loin; mais c'est aller trop loin en sens inverse que de nier les ophthalmies spécifiques. Quoi qu'il en soit, chacun de nous a sur ce point ses convictions faites, et il ne sera pas au pouvoir de la discussion de les modifier.

M. Donders. Les opinions qui se sont produites ici ne sont pas aussi divergentes qu'elles le paraissent au premier abord; il est facile de formuler quelques propositions qui donnent satisfaction à toutes, et que toutes puissent accepter. Voici ces propositions, telles que je les ai conçues :

« I. Il est démontré par la statistique qu'un grand nombre de cas de mala-
« dies des yeux ont leur cause unique ou du moins prédisposante dans la con-
« stitution du patient. Les mêmes lésions anatomiques peuvent cependant,
« à peu d'exceptions près, se développer quand la diathèse, qui souvent en est
« la cause, n'existe pas.

« II. Pour autant que certains changements morbides constitutionnels mé-
« ritent d'être nommés spécifiques, il existe réellement des maladies de nature
« spécifique. Cependant il n'est pas possible de déterminer cette spécificité dans
« des cas particuliers par l'inspection seule de l'œil; il faut, pour y parvenir,
« connaître l'état de la constitution.

« III. Il est bon de tenir compte de la constitution et des causes qui peuvent
« en provenir; il est possible qu'en procédant de cette façon, on parviendra,
« par une observation plus exacte, à trouver des différences entre les lésions
« anatomiques des maladies réputées semblables, mais observées dans diffé-
« rentes conditions de la constitution.

« IV. On a encore le droit d'appeler *spécifiques* les maladies des yeux qui
« ont leur cause dans un agent extérieur qui est appliqué sur l'œil et dont la
« nature est virulente, spécifique. »

M. Kuchler. Ces propositions peuvent être adoptées par tout le monde, mais elles ne contiennent rien de nouveau. Ce qu'elles disent en somme, c'est que les symptômes locaux ne suffisent pas pour fonder un diagnostic : il faut tenir compte des causes et de l'état de la constitution. C'est là une chose très connue, et je ne sais pourquoi le Congrès devrait la sanctionner une fois de plus par un vote. Je conclus donc à leur rejet, comme étant inutiles, et à la suppression pure et simple du paragraphe.

M. Donders. Mes propositions n'ont pas la prétention de contenir du nouveau, j'ai seulement voulu résumer l'état de la science.

M. Arlt. Il s'agit ici de la question de savoir si certains actes pathologiques (*pathologische Processe*) sont intimement liés à certaines maladies, de façon à ce que ces maladies soient le résultat de ces actes. Ceci admis, je me demande si l'acte pathologique présente quelque chose de particulier, de spécial en raison de sa condition étiologique; enfin, si l'on peut, en vertu de la particularité, de la spécialité de l'acte pathologique, admettre l'existence de quelque chose de spécifique. Il ne faut pas ici, comme on a trop de tendance à le faire, se placer exclusivement au point de vue anatomique; il faut voir les relations de la maladie, tant avec l'ensemble de l'organisme qu'avec la cause qui l'a déterminée.

Je crois que seulement dans les cas où l'acte pathologique présente des caractères particuliers en vertu de sa cause, en rapport intime avec elle, on peut réellement la déterminer, et en réalité on le fait toujours. On sait parfaitement que certaines modifications organiques ne se manifestent qu'à la suite de certaines causes, et que d'autres ne se manifestent jamais dans ces circonstances. Ainsi, pour l'iritis, on sait parfaitement que telle marche déterminée est la suite de certaine cause spécifique de la cause syphilitique; eh bien! dans ces cas on peut tirer une conclusion de ce qu'on observe à l'œil seul; on peut dire d'après cela : cette maladie est syphilitique. Mais il y a des cas où l'acte pathologique à l'œil n'est pas nettement prononcé, et alors on ne peut tirer aucune conclusion; car, parce que dans cinq ou six cas la syphilis est la cause de telle maladie, on ne peut pas dire qu'elle le sera dans tous; il faut encore des caractères qui le prouvent, et que l'observation seule peut révéler. Si l'on trouve une blennorrhée chez un scrofuleux, on ne dira pas que c'est une blennorrhée scrofuleuse, car aucun fait ne prouve que dans ces cas il existe une liaison entre l'état général et l'état local.

Est-ce qu'au point de vue pratique on doit prendre connaissance des causes des maladies? Sans doute le praticien n'a pas besoin des expressions : *iritis syphilitique*, *ophthalmie scrofuleuse*; mais quand on écrit, ou quand on enseigne, on doit nécessairement classer les différents cas dont on s'occupe. Dans ce classement, l'anatomie doit sans doute marcher en première ligne; mais l'étiologie doit avoir aussi sa part. La division d'après cette dernière est même la meilleure, parce qu'elle oblige le médecin à prendre connaissance des causes; il doit reconnaître la liaison qui existe entre l'ophthalmie et l'état général. Si l'on se borne à l'anatomie, et si l'on y pense trop, on établira par exemple une iritis profonde et une iritis superficielle; et qu'est-ce que la pratique y gagnera? Sans doute dans un grand nombre de cas on ne connaît pas la cause; eh bien! alors on doit caractériser la maladie uniquement par l'état anatomique; mais lorsqu'on a reconnu la cause, on doit la prendre en considération. Ainsi, pour en revenir à l'iritis, si l'on est convaincu qu'elle est due à la syphilis, on dira que c'est une iritis syphilitique; si l'on ne reconnaît aucune cause positive, on se bornera à dire que c'est une iritis, et rien de plus. On a parlé de lésions concomitantes, et l'on a prétendu qu'une ophthalmie spécifique n'était qu'une ophthalmie survenant chez un sujet atteint d'une autre maladie; mais on a traité une syphilis; il se développe une forme particulière, telle que l'iritis syphilitique, et il s'agit d'instituer un traitement : est-on autorisé à donner le mercure, ou bien doit-on la traiter comme si elle était le résultat d'un refroidissement? Pour le déterminer, il faut trouver des caractères spéciaux qui permettent de remonter à une cause, et si ces caractères existent, il serait à souhaiter que dans tous les cas ils fussent parfaitement clairs; il serait égale-

ment à désirer qu'il en existât de semblables dans tous les cas d'ophthalmies dépendant d'une cause constitutionnelle.

M. Sichel. Je me joins entièrement à ce qu'ont dit MM. Arlt, Calvo y Martin et Donders. Les propositions du dernier me paraissent pouvoir être parfaitement acceptées, sauf la quatrième, que je proposerai de modifier. Je crois que nous n'avons plus à discuter longuement sur ces points, parce que la manière de voir de M. Arlt est celle de presque tous les médecins ophthalmologistes. Je regrette seulement qu'il n'ait pas davantage insisté sur ces points, sur lesquels sa vaste expérience pouvait nous fournir d'utiles enseignements.

Pourquoi la médecine moderne, qui a tant approfondi les questions d'anatomie, d'exploration, de thérapeutique, qui a découvert tant de choses, n'a-t-elle pas élucidé davantage cette question du rapport des ophthalmies avec les causes constitutionnelles? Je m'exprime ainsi, parce que je n'admets pas la spécificité des ophthalmies; je repousse le mot *spécifique*, et je ne sais pas comment il a reparu ici. J'ai toujours dit que le mot *spécifique* devait être rejeté de la pathologie, ou bien recevoir une signification fixe, parfaitement déterminée. Pour moi, une maladie ne peut mériter ce nom que si elle reconnaît une cause spécifique, immuable, qui seule peut y donner naissance, un virus. Quelles sont les ophthalmies qui remplissent ces conditions? Il n'en existe que deux : l'iritis syphilitique et l'ophthalmie variolique. L'ophthalmie puriforme blennorrhagique ne rentre pas dans cette catégorie, n'offrant rien qui indique une cause nécessairement toujours la même. Sauf pour les deux maladies précédemment indiquées, le mot *ophthalmie spécifique* doit disparaître du vocabulaire médical. Les autres ophthalmies qui se trouvaient sous la dépendance d'un état constitutionnel, avaient autrefois reçu de moi le nom d'ophthalmies combinées, parce que l'état local y est combiné avec un état général dont on ne peut l'isoler. Ce mot, qui appartient à l'école de Schoenlein, n'ayant pas été compris en France, je l'ai remplacé par la dénomination d'ophthalmies spéciales. Toutes les ophthalmies que j'appelle ainsi offrent des caractères anatomiques spéciaux, mais qui peuvent exister sans elles. Au contraire, dans les ophthalmies spécifiques proprement dites, il y a des caractères anatomiques constants qui indiquent l'existence d'un travail général au sein de l'organisme, et qui permettent de la reconnaître. Je regrette que MM. Boek et Sperino ne soient pas présents; ils vous diraient qu'on reconnaît de suite la syphilis lorsqu'on regarde l'œil du patient. Il en est de même pour l'ophthalmie variolique. Je ne dis pas qu'on ne puisse se tromper, car quel est le point sur lequel on ne se trompe jamais? Mais il y a des caractères qui permettent la plupart du temps de les reconnaître.

Indépendamment des ophthalmies spécifiques, il y a des ophthalmies spéciales qui, sans rien présenter de tranché comme les précédentes, sont sous la dépendance d'une cause qui agit sur tout l'organisme. Cette cause modifie l'ophthalmie en y donnant des caractères spéciaux, mais qui peuvent aussi exister sans elle. Vous voyez, Messieurs, que mes idées sont celles de MM. Calvo y Martin et Quadri. Les ophthalmies spéciales sont pour nous celles dans lesquelles un travail général influe sur l'état local. Ainsi, l'ophthalmie phlycténulaire se développe la plupart du temps sous l'influence d'un état général particulier; cependant, comme l'a fort bien dit M. Anagnostakis, elle peut exister en dehors de cet état. Cette ophthalmie, je ne l'appelle pas ophthalmie scrofuleuse, mais ophthalmie lymphatique, parce que j'ai observé que, si elle se développe souvent chez des individus non scrofuleux, c'est presque toujours chez des sujets lymphatiques. Cependant, je le répète, elle peut exister chez des sujets qui ne sont pas lymphatiques, et qui ne sont nullement scrofuleux.

Sur huit cas de cette ophthalmie, il y en a au moins six qui éclatent chez des sujets à tempérament lymphatique. Il faut donc instituer un traitement qui agisse sur la constitution, en même temps que sur la lésion, et qui tende à modifier la première. — Je conclus à ce que, pour abréger la discussion, on adopte les propositions de M. Donders, que tout le monde peut accepter. Je me bornerai à présenter un amendement à la dernière.

M. Stoeber. Je partage entièrement les idées de M. Arlt, et j'appuie les propositions de M. Donders. L'anatomie pathologique constitue réellement la tendance actuelle de la science; mais, selon moi, on y obéit d'une manière trop absolue, on néglige trop le reste. Les propositions de M. Donders constatent cette tendance, tout en laissant la porte ouverte aux investigations ultérieures. Il avoue que nous ne sommes pas arrivés à la dernière limite de la science, relativement à ce point que l'on ne peut pas tout constater anatomiquement, et qu'il faut tâcher d'aller plus loin par l'étude des causes. Voilà pourquoi je crois que la section doit adopter ces propositions.

M. Arlt. L'école de Vienne, et surtout Skoda, a marché plus qu'aucune autre dans la voie anatomique; elle a rejeté toutes les différences étiologiques qui existent par exemple entre les pneumonies. Aujourd'hui tout cela s'est modifié; on en est revenu de l'exploration anatomique pure et simple; on prend aussi en considération l'élément étiologique. On n'a pas fait un diagnostic complet lorsqu'on a dit : c'est une pneumonie, c'est une iritis; on doit préciser les rapports de cette lésion avec les circonstances étiologiques. On doit être satisfait sans doute quand on est parvenu à localiser une maladie, mais cela ne suffit pas; il faut aller plus loin, il faut aborder l'étude de l'influence des causes. Ce point de vue était repoussé par l'ancienne école; mais Skoda, Jaksch, Oppolzer sont aujourd'hui revenus de cette idée, et j'ai constaté avec plaisir ce changement. On ne se borne plus aujourd'hui chez nous à l'énumération des phénomènes généraux et locaux ; il est reconnu que les maladies affectent une marche différente selon les causes qui les ont déterminées, et qu'on doit dans leur appréciation tenir compte de l'élément étiologique.

M. Crocq. Je ne puis admettre d'autre base pour établir la nature d'une maladie que la lésion qui la caractérise, lésion qui, la plupart du temps, peut résulter de l'action des causes les plus diverses. M. Sichel a pleinement confirmé cette manière de voir, lorsqu'il a déclaré que l'ophthalmie phlycténulaire pouvait se manifester chez des sujets qui n'étaient pas scrofuleux; il l'a même vu si souvent qu'il a remplacé la dénomination d'ophthalmie scrofuleuse par celle d'ophthalmie lymphatique. Or, c'est loin d'être la même chose, car le lymphatisme est un tempérament compatible avec la santé, tandis que la scrofule est une maladie; tous les lymphatiques sont loin d'être scrofuleux, il y a des scrofuleux qui ne sont nullement lymphatiques. — La dénomination d'ophthalmie lymphatique n'est pas plus irréprochable que celle qu'elle est destinée à remplacer, car M. Sichel nous a dit que, dans un certain nombre de cas qu'il évalue à deux sur huit ou dix, les sujets atteints de cette ophthalmie ne présentaient pas les caractères du tempérament lymphatique. Sans doute dans le pronostic et le traitement, il faut toujours tenir compte de l'état général et des diathèses qui peuvent exister; mais il suffit d'énoncer ce principe, sans pour cela donner aux maladies des noms qui peuvent conduire à l'erreur, en faisant considérer les affections qui les portent comme exclusivement propres à tel état général, comme caractérisant cet état. Dans les entorses et les fractures, il faut aussi tenir compte de l'état général et des diathèses; est-ce à dire qu'il faille distinguer des entorses ou des fractures scrofuleuses ou syphilitiques?

Les maladies ne peuvent donc être classées et dénommées que d'après leurs lésions ; sauf à déterminer si certaines lésions ne sont pas le produit constant de certaines causes.

M. Hasner. Avant tout, pour résoudre cette question, il faudrait être d'accord sur la spécificité. L'école de l'anti-spécificité a sans doute été trop loin, cependant il ne faut pas se laisser non plus trop aller aux tendances opposées. Ainsi l'iritis recrudescente, sur laquelle M. Von Graefe a attiré l'attention, est une maladie généralement traumatique, qui se reproduit par l'action des mouvements du globe oculaire. Eh bien ! Cette forme, due à une circonstance étiologique toute locale, a pu être, d'un autre point de vue, prise pour une affection syphilitique. Voilà le danger d'admettre des affections spécifiques d'après des caractères locaux.

Une série d'ophthalmies, qui toutes sont rangées dans les ophthalmies spécifiques, sont celles déterminées par d'autres altérations de l'organisme. Les adversaires de la spécificité eux-mêmes reconnaissent que les maladies du cerveau et du cœur peuvent influer sur l'œil aussi bien que sur les autres organes ; et je crois que si l'on envisage les choses à ce point de vue, on peut facilement se rencontrer. Ainsi, une affection qui n'est à coup sûr pas inflammatoire, le diabète, amène souvent à sa suite la cataracte, sans qu'aucun phénomène local puisse expliquer ce fait. Se produit-elle par suite de la composition chimique des fluides de l'œil, altérés par la maladie? Ou bien reconnaît-elle pour cause l'état de marasme qui accompagne le diabète? Les adversaires de la spécificité tiennent à ces explications, dont rien ne peut démontrer la réalité. Il en résulte qu'on ne doit pas trop se hâter de conclure de l'état local à l'état général, et qu'on doit examiner celui-ci avant de tirer des conclusions sur la nature et la cause de l'ophthalmie.

M. Von Graefe. Il n'y a pas de relation absolument constante entre la cause des maladies et les effets qu'elles produisent : aussi ceux-ci ne peuvent-ils non plus servir à déterminer les premières d'une manière absolue. Cependant il y a des lésions anatomiques qui accompagnent presque constamment l'action d'une certaine cause constitutionnelle, par exemple quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent. Dans ces cas, il convient de mentionner cette circonstance dans la dénomination de la maladie, et de conserver la nomenclature étiologique ; ceci toutefois n'a lieu qu'exceptionnellement, par exemple pour la syphilis, et pour la rétinite occasionnée par l'albuminurie, dont il a été question précédemment. M. Donders ne l'a pas suffisamment fait entendre dans ses propositions, où il admet à tort le principe de la spécificité.

M. Donders, relit sa deuxième proposition.

M. Von Graefe. On ne peut adopter cette conclusion ; vous admettez la spécificité, et vous dites que, dans les cas particuliers, on ne peut la déterminer par l'inspection seule de l'œil, mais en consultant l'état de la constitution. Or, on peut avoir une diathèse, et en même temps présenter une maladie qui n'a rien de spécifique, rien de commun avec la diathèse. On peut nommer spécifique, seulement une maladie qui, par ses caractères propres, permet de remonter à sa cause. Si on l'entend de cette façon, il n'y a pas d'ophthalmies spécifiques proprement dites ; mais il y en a où les rapports entre la cause et l'effet sont assez constants pour que, quand on les observe, on reconnaisse l'action de celle-ci, et non une simple coïncidence. Dans ces cas, il est, je le repète, utile de conserver la nomenclature étiologique. Je voudrais que cela fût exprimé dans les propositions.

M. Sichel invite M. Von Graefe à présenter un amendement en conséquence.

M. Arlt. M. Von Graefe prétend que certains caractères anatomiques ne se rattachent pas d'une manière constante à certaines causes. Je n'admets pas cela ; ainsi d'après l'aspect d'une cicatrice on peut dire qu'elle est scrofuleuse; il y a donc dans cette cicatrice quelque chose de spécifique qui permet de la reconnaître.

M. Von Graefe. Il faut laisser tomber le mot *spécifique*, aussi bien que le mot *spécial* destiné à le remplacer, car il n'y a à attendre que des désavantages de leur introduction. Tant qu'il n'y a pas fusion totale entre la cause et la maladie, à tel point que l'une permette de remonter inévitablement à l'autre, le mot *spécifique* ne convient pas. Or, comme je l'ai déjà dit, les relations étiologiques même les mieux établies ne sont jamais constantes. On n'a donc pas besoin d'un mot dans la nosologie pour les désigner, et l'adoption d'un tel mot présenterait de grands inconvénients, parce qu'on serait toujours tenté de conclure de l'état local à un état général qui n'existe pas.

M. Sichel. Les noms sont nécessaires pour fixer les idées; sans eux l'on hésite, on oublie. Ainsi le coloboma de l'iris a été décrit longtemps avant Walter, et pourtant aucun ophthalmologiste ne l'a mentionné avant lui, parce que le nom n'existait pas. Parce que nous appellerons une ophthalmie *lymphatique* ou *scrofuleuse*, ce n'est pas une raison pour la traiter de suite par les anti-scrofuleux, car nous savons que nous pourrions nous tromper, les caractères locaux n'étant pas constants. C'est un moyen de rappeler que telle forme d'ophthalmie dépend le plus souvent de telle constitution ou de telle diathèse, et d'appeler l'attention sur ce point; c'est un guide, et rien de plus. Il ne faut pas tout à coup, dans un but théorique, renverser les anciennes dénominations ; du reste nous ne tenons pas au mot *spécifique* ou *spécial*; que l'on en indique un autre, et nous l'adopterons.

M. Muller. Je dois rappeler que j'ai proposé la suppression complète du paragraphe relatif aux ophthalmies spécifiques, comme se rapportant à une question scientifique qu'on ne peut résoudre par un vote. Depuis, on a longuement discuté, et l'on n'y a rien gagné. Je reproduis donc ma proposition, et je demande qu'elle soit mise aux voix.

M. Donders. Je suis de l'avis de M. Von Graefe relativement à la spécificité; mais mes propositions n'en restent pas moins intactes. J'ai eu soin de dire dans la deuxième : *pour autant qu'un état morbide constitutionnel mérite réellement d'être nommé spécifique*. Je ne décide pas s'il y a des états qui méritent ce nom, je ne sais pas quels sont ces états; je ne décide pas, par exemple, si la scrofule est une maladie spécifique. Chacun est libre d'avoir sur ce point telle opinion qu'il veut, et ce n'est pas ici le lieu de discuter sur ce point.

M. Le Président fait observer que la proposition de M. Muller s'écartant le plus du projet de solution proposé, doit avoir la priorité.

M. Sichel. Quand une question a été prise en considération et discutée, on ne peut la supprimer par une fin de non-recevoir.

M. Kuchler soutient la proposition de M. Muller. Les propositions de M. Donders, dit-il, sont exactes, mais elles tournent la question au lieu de la résoudre.

M. Donders. J'ai fait ces propositions non pour détourner la discussion ou pour la faire avorter, mais pour la guider. Quand on connaîtra les débats qui ont eu lieu ici, on connaîtra par cela même l'opinion de la section, mais on ne peut décider la question par un vote.

M. Crocq retire sa proposition et se rallie à celle de M. Muller, dont il demande la mise aux voix.

M. Sichel se range à cet avis.

M. Donders demande que le secrétaire indique dans son rapport l'esprit de la séance, qu'il résume les discussions qui y ont eu lieu; il faut qu'on sache qu'il y a eu un programme et des propositions qui ont été longuement discutés.

La clôture est prononcée.

La proposition de M. Muller est rejetée.

M. Donders pense que c'est au rapport à résumer l'esprit des débats, et qu'il est inutile de rien adopter.

Von Graefe est d'avis au contraire qu'on doit voter sur les propositions de M. Donders. Ce n'est pas là trancher une question scientifique par un vote; c'est uniquement adopter des propositions destinées à être lues en séance générale du Congrès, aux lieu et place de celles de la Commission organisatrice.

La première proposition de M. Donders est mise aux voix et adoptée.

M. Sichel propose d'ajouter au deuxième paragraphe de la deuxième proposition le mot *toujours*, et de dire : « cependant il n'est pas *toujours* possible de « déterminer cette spécificité dans les cas particuliers, etc. » Il croit cette addition nécessaire, parce qu'il y a des cas où l'examen de l'état local suffit pour remonter à la cause constitutionnelle.

M. Arlt propose de dire : « Dans beaucoup de cas, il n'est pas possible de « déterminer cette spécificité par l'inspection seule de l'œil, etc. »

M. Sichel soutient son amendement; il en démontre l'identité avec celui de M. Arlt.

M. Arlt se rallie à l'amendement de M. Sichel.

M. Von Graefe dépose la proposition suivante, destinée à remplacer celle de M. Donders :

« Ceci posé, il faut dans chaque cas étudier le plus possible les causes « générales; si l'examen clinique en démontre positivement l'existence, on « pourra, on devra même accepter dans la dénomination de la maladie le « principe étiologique. Cette manière de procéder exercera certainement une « influence avantageuse sur les progrès de la nosologie et de la thérapeutique; « mais il ne peut être permis de généraliser la nomenclature étiologique; on « doit la réserver exclusivement pour les cas, peu nombreux, où une relation assez évidente se manifeste entre les diathèses et la forme anatomique « de la maladie. »

Le mot *spécifique* doit disparaître, comme l'orateur l'a démontré précédemment.

Cet amendement, s'écartant le plus de la proposition primitive, est mis aux voix. Il est adopté.

La troisième proposition de M. Donders est mise aux voix et adoptée.

M. Donders retire sa quatrième proposition, comme devenue inutile.

La séance est levée à midi et demi.

TROISIÈME SECTION.

Président : J. BOSCH; Secrétaire, A. TESTELIN.

LES MEMBRES INSCRITS DANS LA SECTION SONT :

MESSIEURS

Ansiaux (J.).	Didot.	Küchler.	Sciuto.
Boeck.	Dieudonné.	Laussedat.	Schoenfeld.
Bribosia.	Dixon.	Leport.	Sprengler.
Burggraeve.	Dubois.	Montaut.	Testelin.
Boissonneau.	Engelman.	Olivieri.	Thiry.
Caffe.	Gioppi.	Pagenstecher.	Van Dommelen.
Cornaz.	Guépin.	Paul.	Vanzetti.
Debout.	Gros.	Pelikan.	Vauquelin.
Delstanche.	Hammelrath.	Pigeolet.	Vogelsang.
Delvigne.	Hess.	Rossander.	Warnatz.
Demoor.	Heyman.	Rothmund.	Windsor.
Deroubaix.	Horner.	Sauveur.	

Séance du 13 septembre.

M. LE PRÉSIDENT appelle au bureau comme vice-présidents de la section : MM. GUÉPIN (France), à qui l'état de sa santé ne permet pas d'accepter; CAFFE (France), DIXON (J.) (Angleterre), PELIKAN (Russie), ROSSANDER (Suède).

L'ordre du jour appelle la discussion de la question V du programme, ainsi conçue :

« L'expérience a-t-elle établi que certaines formes de la cataracte peuvent « être guéries sans opération? Dans l'affirmative, quelles sont ces formes et « quels sont les moyens qui peuvent suppléer aux moyens chirurgicaux? »

M. le Président donne lecture du § 1er du projet de réponse; il est conçu en ces termes :

« Si par le mot *cataracte* on entend l'opacité *spontanée* (ou survenue sous « l'influence de causes dont l'action est jusqu'à présent restée inconnue), qui « se produit plus ou moins rapidement dans la substance de la lentille cristal- « line, on peut répondre sans hésiter : Non, il n'existe dans les annales de la « science aucun fait authentique propre à démontrer qu'une cataracte ait « jamais rétrogradé, ou se soit jamais arrêtée dans sa marche, sous l'influence « d'un traitement médical quelconque. »

M. Vanzetti (de Padoue) commence par déclarer que jamais il n'a obtenu la cure radicale d'une cataracte lenticulaire par un traitement médical. Mais il croit qu'on a été trop loin en disant que jamais les moyens médicaux ne pouvaient faire rétrograder cette affection. Il a institué à sa Clinique chirurgicale et ophthalmologique une série d'expériences à ce sujet; elles ont consisté dans l'application de l'ammoniaque liquide aux tempes jusqu'à production d'une légère eschare. Eh bien! il doit déclarer que, sur cinq ou six enfants atteints de cataractes congéniales molles ou liquides, il a vu, au bout de trois jours, l'opacité diminuer avec une rapidité surprenante, et quelquefois diminuer des trois quarts en l'espace de cinq à six jours. Il restait alors une sorte d'opacité comme réticulée. Il n'a pas poussé ses expériences plus loin parce que, n'ayant jamais obtenu de succès complet, et ce moyen étant très douloureux, il lui répugnait d'infliger à ses malades une souffrance qui ne devait pas être compensée par une guérison parfaite.

M. Guépin (de Nantes), pense qu'il faut bien s'entendre sur la définition du mot cataracte; il y a dans cette maladie des degrés différents et des causes diverses, comme dans toutes les autres; et toutes ces particularités doivent être prises en considération, surtout lorsqu'il s'agit de se prononcer sur la curabilité. En somme, il accepte la division proposée et déclare que, comme M. Vanzetti, il a vu les préparations ammoniacales (ammoniaque liquide 1 partie, huile d'olives 2, le carbonate et l'hydrochlorate d'ammoniaque) en applications et en frictions sur les tempes et le pourtour de l'orbite, faire diminuer des opacités lenticulaires molles ou liquides chez des adultes. De plus, ces mêmes moyens, joints aux toniques et aux ventouses cruelles à la nuque, ont souvent fait disparaître certains troubles qui se développaient dans l'appareil cristallinien chez les glucosuriques, les albuminuriques, les chlorotiques et les personnes affaiblies par des hémorrhagies. Mais de là à conclure à la cure radicale, il y a loin; il peut bien y avoir une guérison relative pour le malade, qui récupère une vision plus ou moins bonne, mais point pour le médecin, qui continue à voir persister l'altération anatomique. Il sait et déplore tous les abus scandaleux du charlatanisme de ceux qui se font une spécialité de guérir la cataracte sans opération, et c'est même là ce qui l'a empêché jusqu'à présent de publier certains faits curieux qu'il expose à la section, et dont quelques esprits superficiels pourraient se prévaloir en faveur de conclusions absolues qui ne sont pas les siennes.

M. Testelin, répondant à ces messieurs, défend et la division proposée dans le projet de réponse, et le § 1er dans toute sa teneur; il passe d'abord en revue les observations de prétendues guérisons de cataractes sans opération, publiées jusqu'à ce jour, et arrivant aux observations produites par ses honorables collègues MM. Vanzetti et Guépin, il fait observer: 1° que ces observations n'ayant jamais été publiées, il n'y a point possibilité d'en tenir compte dans la réponse que la section est chargée de formuler; 2° qu'exposées comme elles l'ont été, elles peuvent bien avoir, de confrère à confrère, une certaine valeur, mais qu'elles sont dépouillées de tout caractère capable de les faire accepter comme siennes par une réunion telle que le Congrès, qui ne doit donner son appui qu'à des faits ne pouvant laisser place au moindre doute.

M. Caffe. J'étais chef de clinique à l'Hôtel-Dieu dans le service de Sanson, chirurgien aussi distingué par sa science que par la loyauté de son caractère, lorsqu'il autorisa Gondret à faire, dans ses salles, des expériences sur la cure médicale de la cataracte. Gondret, on le sait, employait surtout l'ammoniaque liquide. Ma position m'obligeait à surveiller de près ces expériences, et j'ai même concouru au rapport présenté sur ce sujet à l'administration. Je

dois déclarer d'abord que Gondret m'a toujours paru de bonne foi, mais j'ajoute ensuite qu'il ne guérissait que des malades que nous reconnaissions n'avoir point de cataracte, tandis qu'au contraire jamais il n'a guéri un malade chez qui nous avions constaté, une cataracte même commençante.

M. Didot ne croit pas la guérison possible si ce n'est par l'opération. Il fait valoir à l'appui de cette opinion les considérations physiologiques les plus puissantes, et donne des détails curieux sur la manière dont surviennent, chez les chevaux, les opacités cristalliniennes; il les croit aussi communes chez ces animaux (herbivores) que chez les chiens (carnivores). Passant ensuite à l'emploi de l'ammoniaque, il rapporte : qu'ayant à traiter une dame affectée de cataracte commençante, il avait eu recours à ce médicament, mais que la marche de la maladie avait été si rapide que, en moins de quinze jours, l'opacité était complète des deux côtés. Il s'est accusé pendant quelque temps de ce résultat fâcheux, craignant que l'ammoniaque n'y eût été pour quelque chose.

M. Jules Ansiaux (de Liége) a fréquemment et largement employé l'iodure de potassium, mais jamais il n'en a obtenu de succès, non plus que d'aucune autre médication; il n'a confiance que dans l'opération.

M. Leport (de Rouen) ne croit pas que l'on puisse obtenir la cure radicale de la cataracte à l'aide d'une médication quelconque. — Ceci, dit-il, a, du reste, été unanimement reconnu; en outre, il ne croit pas non plus que l'on puisse faire rétrograder la maladie. Mais puisque des hommes aussi distingués que MM. Vanzetti et Guépin ont par devers eux quelques faits qui paraissent leur laisser du doute à cet égard, je propose que la section émette le vœu que ces confrères fassent connaître en détail les moyens qu'ils ont mis en usage, et que leurs expériences soient renouvelées à l'Institut ophthalmique du Brabant.

Cette proposition, appuyée par M. Laussedat et par plusieurs autres membres de la section, est mise aux voix et adoptée.

Le § 1er est ensuite adopté avec la modification suivante; on substituera au mot *authentique*, ceux-ci *suffisamment évident*.

On passe à la discussion du § 2 ainsi conçu :

« Si l'on applique la dénomination de *cataracte* aux opacités du cristallin, « qui sont la suite de lésions traumatiques, il existe des faits démontrant qu'un « traitement antiphlogistique, institué avec énergie, est parvenu à arrêter le « développement de ces opacités, à en empêcher la trop grande extension, ou « même à les faire diminuer lorsqu'elles existaient déjà. »

M. Van Dommelen. J'appuie ce paragraphe. Autant je crois peu à la guérison médicale de la cataracte *spontanée*, autant je crois à celle de la cataracte *traumatique*. Pour ma part, je n'ai jamais rencontré un fait authentique de guérison médicale d'une cataracte survenue spontanément, ou du moins sans cause connue chez l'adulte. Il suffit, au reste, pour ne pas croire à la possibilité d'une pareille guérison, d'avoir présent à l'esprit l'altération graisseuse que subit le cristallin dans certaines formes de cataractes, sur lesquelles il n'est pas possible de se méprendre, telles que la cataracte déhiscente dont j'ai publié dans la *Nederlansch-Lancet* un cas que j'ai observé sur une femme au *Helder*.

J'ai vu tenter bien des fois la guérison sans opération, mais toujours sans succès. Je me rappelle, entre autres, le cas de la femme d'un capitaine d'artillerie légère, à qui l'on avait conseillé d'aller à Graeferath (où se trouve un guérisseur fameux). Après y avoir fait un séjour de plusieurs mois, la malade en est revenue sans avoir éprouvé la moindre amélioration.

Quant aux cataractes qui se déclarent à la suite d'une lésion traumatique, je crois qu'un traitement antiphlogistique peut en arrêter le développement, ainsi que je l'ai vu chez un tonnelier de la marine royale à Flessingue. Cet homme

voulant couper un pain très dur l'appuya contre sa poitrine, et se servit d'un couteau de forme demi-circulaire. Ayant fait un effort très violent, il trancha le pain avec tant d'impétuosité que la pointe du couteau vint en même temps couper la cornée transparente et l'iris de l'œil gauche dans tout son diamètre transversal. Je craignais le développement d'une cataracte; mais, à l'aide de l'occlusion palpébrale, d'une large saignée, du calomel à l'intérieur, du repos et de la diète absolue, j'obtins une guérison parfaite et telle que, quinze jours après, cet homme put partir pour les Indes.

Pour les cataractes consécutives à l'inflammation des membranes de l'œil, je n'ai jamais obtenu de résultat aussi heureux. Ainsi je me rappelle avoir traité à Nimègue un soldat du 6e régiment d'infanterie, qui avait été atteint de cataracte à la suite d'une ophthalmie purulente intense. Malgré l'emploi d'un traitement résolutif, l'application des préparations mercurielles, de l'ammoniaque liquide et l'usage du chlorure de sodium, la cataracte resta stationnaire.

M. Gros (de Boulogne), appuie l'adoption du paragraphe; il cite divers cas de guérisons de cataractes traumatiques, entre autres celui d'une personne dans l'œil de laquelle avait pénétré une plume d'acier, projetée avec violence: le cristallin et sa capsule furent blessés. Il y eut naturellement des accidents inflammatoires; un traitement convenable fût institué, et l'on obtint la guérison avec persistance d'une opacité n'offrant qu'une étendue insignifiante.

M. Delvigne (de Liége) appuie aussi l'adoption du paragraphe. Cependant il fait observer avec raison que le plus souvent la guérison des cataractes traumatiques ne survient que par l'absorption de la lentille, qui se trouve alors dans les mêmes conditions qu'après l'opération de la division. — Il cite à l'appui de son dire plusieurs observations intéressantes qui lui sont personnelles.

Le § 2 est adopté.

On passe à la discussion du 3e paragraphe:

« Si enfin, l'on étend le mot de *cataracte* aux opacités de la capsule qui, dans « l'immense majorité des cas, pour ne pas dire dans tous, ne sont que des dé- « pôts consécutifs à l'inflammation de l'iris ou des parties qui concourent à la « formation des chambres de l'œil, l'expérience a démontré que l'on peut « souvent en obtenir la disparition par l'emploi d'un traitement propre à ces « dernières affections. »

La section adopte ce paragraphe à l'unanimité.

M. Testelin renvoie au reste ceux qui pourraient conserver quelques doutes sur la possibilité de guérir les cataractes capsulaires par un traitement médical approprié, à la lecture du beau travail que M. Guépin (de Nantes), vient de publier sur ce sujet, dans les *Annales d'Oculistique*. M. Testelin est nommé rapporteur.

La séance est levée à midi.

Séance du 14 septembre.

La séance est ouverte à neuf heures.

M. Leport (de Rouen) soumet à l'examen de la section trois instruments propres à fixer le globe oculaire ou les paupières dans les opérations qui se pratiquent sur les organes de la vision.

La discussion est ouverte sur la question VI du programme, ainsi conçue:

« De quelle utilité l'occlusion palpébrale est-elle dans le traitement des

maladies des yeux? Quelles sont les affections de l'œil qui en réclament l'emploi, et quel est le meilleur mode de l'instituer? »

Le § 1er du projet de réponse porte :

« L'occlusion palpébrale a pour but d'immobiliser les paupières, de sous-« traire le globe oculaire à l'action de l'air et des corps étrangers qui y sont « suspendus, de le comprimer et de favoriser l'action des remèdes en en pro-« longeant le contact avec les surfaces oculo-palpébrales. »

M. Vanzetti. Je ne saurais accepter le mot *comprimer;* je ne crois pas que l'on puisse proposer la compression de l'œil comme moyen thérapeutique. Dans mon opinion, un œil malade ne peut supporter aucune compression; quelque légère qu'elle soit, l'organe ne la pourrait tolérer sans douleur; il n'y aurait donc pas à espérer qu'elle pût immobiliser l'œil; je la considérerais comme plus nuisible qu'utile. Il y a plus, je ne pense pas qu'un œil sain puisse supporter, sans en être considérablement incommodé, toute autre compression que celle qui lui vient naturellement des paupières.

M. Bosch. Les observations présentées par l'honorable préopinant lui semblent fort justes. Évidemment, le mot *comprimer* constitue un vice de rédaction. Néanmoins, lorsque l'on maintient les paupières abaissées au-devant du globe de l'œil, surtout dans certains cas, lorsque par exemple il y a luxation du globe oculaire, ainsi que l'histoire de l'art nous en offre de rares exemples, dans ces cas, un appareil contentif est indispensable pour maintenir l'œil dans sa cavité. Il y a là une action qui n'est pas la compression, mais qui s'en rapproche, et c'est ce qu'il faudrait rendre par une expression convenable.

M. Testelin. L'œil est incontestablement, par la mobilité due au grand nombre de muscles destinés à le mouvoir, et par sa situation au milieu d'une cavité tapissée par une couche épaisse d'un tissu cellulo-graisseux, susceptible de se laisser déprimer, l'organe qui échappe le plus facilement à la compression. Peut-être cependant, dans les cas de staphylôme, y aurait-il moyen d'exercer réellement une compression. On sait au moins que, dans ces cas, l'occlusion a une utilité réelle, soit qu'on l'emploie seule ou qu'on la fasse précéder de la cautérisation, ou de l'excision d'une petite portion du staphylôme, suivant le procédé si ingénieux de M. Quadri, procédé que j'ai vu mettre en usage plusieurs fois avec le plus grand succès à l'Institut ophthalmique du Brabant.

M. Boissonneau. Je puis affirmer que, dans plusieurs circonstances, il m'a suffi d'appliquer une coque oculaire artificielle convenablement préparée pour obtenir la guérison de staphylômes opaques de la cornée. Je donne en ce moment des soins à une jeune personne qui était affectée d'un staphylôme considérable ; elle n'a pas subi d'autre traitement que l'application successive de diverses coques appropriées à l'état de son œil, et aujourd'hui le staphylôme s'est affaissé, et je n'ai plus qu'à lui placer un œil artificiel définitif. J'ignore si c'est par compression ou de toute autre manière qu'agissent dans ces cas les yeux artificiels, j'ajouterai cependant qu'ils rendent dans d'autres circonstances des services non moins signalés. Chacun sait qu'à la suite de la destruction d'un œil, le moignon qui reste et les paupières qui le recouvrent sont souvent le siége d'une irritation plus ou moins douloureuse et qui s'accompagne d'une sécrétion muco-purulente assez abondante; eh bien! il suffit de l'application d'un œil artificiel pour faire disparaître ces accidents. Je crois qu'alors la coque oculaire opère en mettant les parties à l'abri de l'air, de la lumière, et de la poussière qui agissaient comme irritants.

M. Guépin. La prothèse oculaire nous fournit la preuve que la compression de l'œil serait une chose mauvaise. Lorsque les pièces artificielles sont mal adaptées, et que malgré la gêne et la douleur qu'elles occasionnent

le sujet persiste à les porter, elles déterminent l'atrophie du moignon. Il y a un mot que je proposerai pour remplacer celui de *comprimer;* il nous mettra je crois tous d'accord, c'est celui de *contenir*.

La section adopte le changement proposé par M. Guépin.

M. Caffe (de Paris). On peut obtenir par l'occlusion palpébrale un avantage que je ne vois point signalé dans le paragraphe; c'est celui de pouvoir maintenir l'œil à une température constante, quelle que soit celle que l'on juge convenable. On connaît les travaux de M. Jules Guyot sur l'action d'une température constante et plus ou moins élevée sur la cicatrisation des plaies; dans l'espèce, les circonstances ne sont pas, je l'avoue, identiquement les mêmes; il y a néanmoins lieu de tenir compte, autant que le sujet le comporte, des principes établis par cet habile médecin. Je propose donc d'ajouter : « l'occlusion peut encore avoir pour but de *permettre la conservation d'une température constante.* »

M. Gros (de Boulogne). J'avoue qu'un des principaux reproches que j'adresse à l'occlusion palpébrale, que je ne repousse point d'une manière absolue, c'est de contribuer souvent à accumuler le calorique. Or, dans les inflammations oculaires, je connais beaucoup de circonstances dans lesquelles il y a avantage à diminuer la température; je n'en sais aucune où il soit utile de l'élever. Je suis donc peu séduit par la nouvelle vertu que l'honorable préopinant propose d'ajouter à l'énumération de celles déjà attribuées à l'occlusion.

M. Delvigne. Je suis de l'avis du préopinant; je ne connais point de cas dans lequel il soit nécessaire d'accumuler du calorique sur l'organe de la vision. Le principal avantage que l'occlusion me paraisse présenter, c'est de permettre l'application continue d'eau froide ou glacée, ou de compresses imbibées d'eau végéto-minérale, moyens résolutifs très-puissants.

M. Pelikan (de Saint-Pétersbourg). Je pourrais répondre à mes deux honorables confrères, que des auteurs très recommandables préconisent les applications exclusivement chaudes dans les ophthalmies catarrhales et rhumatismales. Cela ne constitue pas, à proprement parler, une accumulation permanente du calorique, mais seulement une action transitoire de ce puissant agent, qu'il ne faut pas dédaigner en thérapeutique. Je reconnais toutefois la valeur de leurs observations, mais M. Caffe ne propose point l'accumulation constante du calorique sur l'œil. Il propose simplement de dire que l'occlusion palpébrale permet de régler la température de l'œil et de la maintenir au degré que l'on juge convenable. C'est là un fait évident, et que je ne vois aucun inconvénient à constater.

La modification proposée par M. Caffe est adoptée.

M. Olivieri. Je propose de supprimer la phrase, « *et de favoriser l'action des remèdes en en prolongeant le contact avec les surfaces oculo-palpébrales.* » Lorsque l'on ferme les paupières, il n'existe plus d'espace entre leur surface interne et le globe oculaire; par conséquent, si quelque substance médicamenteuse se trouvait placée sur la surface de celui-ci, elle doit s'en trouver chassée par l'action de fermer les paupières. Si maintenant on rend permanente la clôture de ces voiles membraneux, on s'oppose au contraire à l'application des remèdes sur le globe oculaire.

M. Testelin. L'opinion de notre confrère ne me semble pas complétement exacte. On peut, me paraît-il, en fermant les paupières avec précaution, maintenir entre elles et le globe oculaire une pommade et même un liquide qui, sans cette manœuvre, seraient expulsés beaucoup plus rapidement par le clignement. On prolonge donc ainsi le contact.

M. Caffe. J'ajouterai que les paupières fermées n'empêchent pas l'arrivée des médicaments liquides jusqu'à la surface de l'œil. Ils y arrivent par endosmose, à travers l'épaisseur des paupières. Pour obéir néanmoins à ce que présente de juste l'observation de M. Olivieri, je propose de dire : » *l'appareil oculo-palpébral* au lieu de: *surfaces oculo-palpébrales.* »

Cette modification est adoptée. On passe à la discussion du § 2.

« A ces titres divers, elle est éminemment utile dans la conjonctivite aiguë « ou chronique (lorsqu'on n'a pas à craindre les effets d'une suppuration « abondante sur la cornée), dans la kératite vasculaire et le pannus, dans les « ulcères et les perforations de la cornée; dans les propulsions de cette mem- « brane et la hernie de l'iris; dans les staphylômes récents; dans l'ophthal- « moptose et à la suite de certaines opérations pratiquées sur l'œil, telles que « la ponction et l'opération du staphylôme, l'opération de la cataracte, de la « pupille artificielle, etc. Enfin on peut parfois encore retirer beaucoup d'a- « vantage de cette pratique, dans l'ectropion, et dans les plaies avec perte de « substance de la face externe des paupières. »

M. Bosch donne lecture de la note suivante, qui a été adressé au Congrès par M. Bonnafont, empêché d'y assister :

« *Nouveaux documents sur les heureux résultats obtenus par l'occlusion des paupières dans le traitement de certaines ophthalmies.* — Tous les praticiens se souviennent peut-être du mémoire que je lus à l'Académie de Médecine de Paris, il y a environ deux ans, touchant l'efficacité de l'occlusion des paupières dans le traitement de quelques ophthalmies.

« Plusieurs de nos confrères faisant partie de cette docte assemblée se rappelleront encore la discussion un peu animée qui s'ensuivit, et à laquelle prirent part des hommes occupant une haute position scientifique; citer les noms des Velpeau, Piorry, Larrey, Bouvier, etc., ce sera donner une idée de l'intérêt pratique du sujet et de l'importance que cette discussion y a donnée.

« Toutefois, plusieurs objections graves furent adressées à ce mode de traitement, lequel, blâmé complétement par le professeur Velpeau, fut généralement approuvé avec quelques réserves par les autres orateurs.

« Depuis cette époque, nous avons continué à le mettre en usage tant à l'hôpital que dans notre pratique particulière. Et, comme dans notre première communication, nous nous estimons très heureux de pouvoir annoncer de nouveau que les résultats obtenus ont pleinement confirmé les premiers faits. Les dix-huit observations qui servaient de base au mémoire lu à l'Académie furent prises du mois de décembre 1854 au mois de juin 1855.

« Il nous eût été facile de joindre à l'appui de nouvelles observations, mais comme la question est devenue très sérieuse à cause de la part qu'y ont prise des praticiens éminents et qui, par leur position, exercent, du moins en France, une grande influence sur toutes les questions de médecine pratique, nous avons préféré attendre que le temps, ce grand juge de toutes choses, eût confirmé ou infirmé les résultats obtenus par cette médication.

« Nous n'entrerons pas dans de trop longues considérations, afin de ménager le temps que le Congrès doit employer à d'autres travaux; nous nous bornerons tout simplement à donner le relevé des malades atteints d'ophthalmie, depuis le premier juillet 1855 jusqu'au trente juin 1856; nous ne comprendrons dans ce relevé que les hommes traités à l'hôpital du Roule, parce que les chiffres que nous donnons, ainsi que les guérisons obtenues, peuvent être facilement contrôlées par nos confrères des régiments auxquels les hommes appartiennent.

NOMS.	RÉGIMENTS.	GENRE DE MALADIE.	DATE de la MALADIE.	ENTRÉE.	SORTIE.	NOMBRE DE JOURS.
Hamard.....	90e de ligne.	Conjonctivite.	Ancienne.	19 juin.	2 juill.	13
Joly........	9e »	Id.	Id.	12 juill.	23 »	11
Foissard....	9e »	Chémosis.	2 j. d'invas.	8 »	24 »	16
Pégent......	77e »	Conjonctivite.	15 »	28 juin.	3 »	5
Collinet.....	56e »	Kérato-conjonctivite.	8 »	24 juill.	11 août.	18
Lerestou....	90e »	Conjonctivite avec chémosis et blépharite.	8 »	27 mai.	7 »	70
Hamard.....	90e »	Ulcération sur la cornée avec blépharite strumeuse.	Ancienne.	7 août.	26 »	19
Lanoue.....	3e »	Kérato-conjonctivite aigue.	4 j. d'invas.	15 juill.	10 »	25
Poncery.....	Sapeurs-pompiers.	Kérato-conjonctivite double.	8 »	3 août	14 »	11
Surcin......	41e de ligne.	Kérato-conjonctivite.	5 »	14 sept.	26 sept.	12
Prigent.....	77e »	Conjonctivite.	Ancienne.	10 »	16 »	6
Le Reu......	Id.	Kérato-conjonctivite.	8 j. d'invas.	8 »	16 »	8
Saulet......	41e »	Conjonctivite.	7 j. »	8 »	23 »	15
Salles.......	77e »	Conjonctivite légère.	Ancienne.	12 »	16 »	4
Janson......	5e »	Conjonctivite.	4 j. d'invas.	15 »	9 août.	24
Guimard....	90e »	Id.	10 »	26 »	9 octob.	14
Surcin......	41e »	Kératite.	2 »	5 octob.	15 »	10
Joly........	23e »	Conjonctivite.	5 »	11 nov.	18 nov.	7
Reullon.....	53e »	Conjonctivite strumeuse.	3 »	26 octob.	30 »	4
Herviaux....	Zouaves de la garde.	Conjonctivite.	8 »	17 »	4 »	17
Zuis........	53e de ligne.	Id.	4 »	30 »	23 »	24
Hervé.......	Id.	Blépharite.	Ancienne.	4 déc.	16 déc.	12
Blanc.......	Id.	Id.	Id.	1er »	29 »	29
Delfosse.....	Id.	Kérato-conjonctivite.	Id.	26 nov.	24 »	29
Lourdin.....	Chass. de la garde.	Conjonctivite.	8 m. d'invas.	1er janv.	9 janv.	8
Bondy......	1er gr. de la garde.	Id.	15 j. d'invas.	18 »	22 »	4
Lecomte.....	16e de ligne.	Blépharite.	Id.	20 déc.	26 »	36
Guy (1).....	2e »	Conjonctivite strumeuse et cervicale	Ancienne.	7 »	20 »	13
Rébois......	55e »	Conjonctivite.	4 j. d'invas,	29 janv.	17 févr.	18
Lecomte.....	16e »	Conjonctivite générale, chronique avec ulcération de la cornée et du bord des paupières.	Ancienne.	25 févr.	15 avril.	68
Guistel......	1er gr. de la garde.	Conjonctivite.	8 j. d'invas.	28 mars.	18 »	20
Robeyne....	50e de ligne.	Kératite.	4 »	19 avril.	27 »	8
Chaplais....	2e gr. de la garde.	Kérato-conjonctivite.	15 »	26 mars	16 »	20
Paginés.....	77e de ligne.	Conjonctivite.	10 »	9 mai.	17 mai	8
Py..........	2e gr. de la garde.	Kérato-conjonctivite.	8 »	14 »	1er juin.	16
Gillot (2)....	97e de ligne.	Conjonctivite.	Ancienne.	11 »	22 mai.	11
Malran (3)...	77e »	Id.	10 j. d'invas.	19 »	1er juin.	11
Joly........	3e »	Id.	Ancienne.	4 »	24 mai.	20
Vierbet.....	2e gr. de la garde.	Conjonctivite avec chémosis.	5 j. d'invas.	1er »	8 »	7
Ertitxler....	39e de ligne.	Kérato-conjonctivite.	8 »	14 »	24 »	10
Bouton.....	5e »	Conjonctivite.	3 »	6 »	10 »	4
Viot........	77e »	Id.	Ancienne.	12 juin.	23 juin.	11
Texier......	3e »	Id.	Id.	12 »	26 »	14
Bouis.......	Zouaves.	Id.	15 j. d'invas.	17 »	24 »	7
Hiault (4)....	3e de ligne.	Conjonctivite varioleuse.	Ancienne.	16 mai.	29 mai.	13
Odot........	50e »	Conjonctivite strumeuse.	Id.	11 juin.	24 juill.	43
Bergbeder...	77e »	Kérato-conjonctivite.	Id.	17 juill.	27 »	10

(1) 43 journées d'hôpital, mais la conjonctivite était guérie le 15 après 16 jours de traitement.

(2) Traité depuis 8 mois dans divers hôpitaux et à cinq reprises différentes par les moyens ordinaires.

(3) Venait de subir un traitement ordinaire dans un autre hôpital.

(4) Conjonctivite guérie après 18 jours de traitement.

« Il résulte du tableau qui précède que, sur les quarante-sept hommes traités du 1er juillet 1855 au 30 juin 1856, les journées d'hôpital ont été de sept cent quarante-neuf, et que la moyenne de traitement par homme a été de quinze jours ; dans ce chiffre sont comprises les journées d'entrée et celles qui précèdent la sortie des malades, pendant lesquelles le traitement n'est pas appliqué.

« Mais, comme on le pense bien, la discussion à laquelle mon premier travail donna lieu n'a pas été perdue pour moi; et loin de m'en plaindre, je me félicite au contraire d'avoir mis mes savants adversaires à même de produire des arguments qui ont servi à fixer davantage mon attention ainsi que celle des autres praticiens sur ce mode de traitement, et à discerner les cas où il peut être très avantageusement employé de ceux où il serait inefficace.

« Ainsi de nouvelles études nous ont appris que, dans les cas de conjonctivite aiguë ou chronique, mais plutôt aiguë avec ou sans chémosis, dans les kératites avec ou sans ulcération de la cornée, dans les propulsions de la cornée et la hernie de l'iris, dans quelques cas de staphylômes, l'opération de la cataracte, etc., etc, on peut retirer beaucoup d'avantages de l'occlusion des paupières. Mais il n'en sera pas de même lorsque les altérations du globe oculaire se compliquent de celle des paupières; nous avons en effet remarqué que dans ce cas l'occlusion, bien que pouvant être employée, réussit moins bien et échoue complétement lorsque l'inflammation se propage sur la conjonctive qui avoisine les glandes de Meïbomius avec engorgement des bords palpébraux.

« Nous répéterons ici ce que nous avons dit dans notre première discussion à l'Académie, afin de repousser le reproche qui nous avait été fait de proclamer l'occlusion comme le remède universel contre toutes les ophthalmies.

« Nous avions écrit dans notre premier mémoire ce que nous répétons aujourd'hui devant le Congrès : c'est qu'il existe une foule d'ophthalmies contre lesquelles nous n'avions pas eu l'occasion d'employer ce mode de traitement, telles que les ophthalmies strumeuses et granuleuses avec suppuration abondante, etc., mais que les résultats favorables que l'occlusion des paupières avait produits dans les cas que nous soumettions au jugement de l'Académie, faisaient pressentir qu'on *pourrait*, *peut être*, étendre avec quelque avantage ce mode de traitement à ces différentes affections.

« Aux faits qui précèdent nous croyons devoir ajouter les trois qui suivent; ils serviront à corroborer l'efficacité de l'occlusion des paupières contre certaines ophthalmies graves qui avaient résisté aux différentes médications dirigées par des praticiens expérimentés.

« Au mois de juin 1856, je fus consulté pour une jeune fille âgée de 12 à 14 ans, laquelle présentait, depuis environ huit mois, une affection de l'œil droit qui, au dire des parents, avait résisté à tous les traitements employés, tels que sangsues, collyres émollients et résolutifs, cautérisations renouvelées plusieurs fois, etc.

« A l'examen, nous trouvâmes l'œil droit affecté de conjonctivite générale avec boursoufflement, simulant le chémosis autour de la cornée, laquelle présentait deux ulcérations, l'une à sa partie supérieure et externe, l'autre à sa partie inférieure, très près du champ de la vision : le larmoiement était si considérable que les liquides sortis de l'œil avaient tracé des sillons rougeâtres sur la joue correspondante ; la photophobie était telle que la jeune malade ne pouvait supporter, sans de vives douleurs, le contact de la lumière. Nous procédâmes immédiatement à l'occlusion des paupières d'après notre méthode, qui consiste, comme on sait, à appliquer sur les paupières, préalablement fer-

mées, un petit linge fenêtré, légèrement enduit de cérat; un peu de charpie bien molle et enfin une rondelle de sparadrap découpée à sa circonférence et s'appliquant sur l'arcade sourcilière, la tempe, la pommette et l'éminence nasale; et enfin, comme le sparadrap peut glisser, le tout est maintenu à l'aide d'une bande un peu fine appliquée en monocle. Comme la suppuration était abondante, je renouvelai ce pansement pendant quatre jours. Je le laissai ensuite trois jours, et au cinquième pansement l'état de l'œil était tellement amélioré que je laissai cet appareil pendant cinq jours sans y toucher; bref, le quatorzième jour, il ne restait plus trace de maladie, si ce n'est l'ulcération supérieure qui n'était pas encore cicatrisée.

« Mais comme l'œil n'était plus rouge, qu'il supportait parfaitement le contact de la lumière, et que toute trace d'inflammation avait disparu, je le considérai comme guéri, et je suspendis tout traitement. En effet, depuis un an la jeune fille va parfaitement bien, et, bien qu'elle exerce une profession fatiguante pour la vue, l'œil qui a été si longtemps malade ne l'a pas arrêtée un seul instant dans son travail.

« La deuxième observation concerne un jeune homme de 18 ans, qui était affecté de kérato-conjonctivite à l'état aigu ; il avait déjà subi l'influence d'un bon nombre de collyres sans arriver à aucun résultat satisfaisant. L'occlusion, appliquée comme nous venons de le dire, amena un résultat aussi prompt et aussi complet que dans le cas précédent.

« Le troisième fait a trait à un jeune enfant de 7 à 8 ans, atteint de kérato-conjonctivite ayant un caractère strumeux avec suppuration assez abondante. Outre les collyres, on avait employé une médication révulsive très énergique sans modifier sensiblement l'état de l'œil. L'occlusion, quoique plus difficile à maintenir, à cause de l'indocilité du jeune malade, eut ici un résultat aussi favorable. Mais ce ne fut que du vingtième au vingt-cinquième jour qu'elle put être définitivement supprimée.

« Nous terminerons cette communication par quelques réflexions relatives au mode d'occlusion que nous avons proposé, et auquel on a adressé le reproche d'entretenir peut-être trop de chaleur sur l'œil malade. Nous répondrons ici ce que nous avons déjà répondu ailleurs : c'est que sur plus de cent malades auxquels nous l'avons appliqué, nous n'avons dû qu'une ou deux fois peut-être en suspendre l'emploi pour cette raison; et encore sommes-nous persuadé que les malades étaient beaucoup plus gênés par la pression de l'appareil que par la chaleur qu'il développait.

« En résumé, ce mode d'occlusion nous semble remplir les indications principales du traitement des maladies de l'œil.

« Le petit linge cératé, appliqué immédiatement sur les paupières, garantit l'œil de toute espèce de contact irritant, pendant que ses petites ouvertures permettent au liquide sécrété de s'échapper facilement de l'intérieur et d'être reçu par la charpie qui vient après ; le sparadrap, tout en maintenant ces différentes parties à leur place, met l'œil à l'abri du contact de la lumière, et enfin la petite bande appliquée en monocle, tout en exerçant une compression salutaire sur l'œil, condamne l'organe à l'immobilité, condition essentielle qui doit être pour beaucoup dans les heureux résultats obtenus par ce traitement. »

Aucun autre mode d'occlusion ne nous semble réunir au même degré les mêmes avantages. »

M. Vanzetti. Je sais que l'on a voulu attacher une importance particulière dans la thérapeutique oculaire à ce que l'on a cru devoir nommer *la méthode par occlusion*; mais je dois déclarer que j'ai toujours éprouvé une certaine répugnance à admettre comme *extrêmement utile* un moyen qui se propose un

but diamétralement opposé à celui avoué par la saine pratique chirurgicale. Il n'est personne qui ne sache, en effet, que le contact de deux surfaces muqueuses enflammées constitue toujours une circonstance fâcheuse pour la guérison. Il n'est personne qui ne sache qu'un moyen très puissant de triompher alors du mal est d'empêcher le contact des muqueuses enflammées, à tel point que, malgré les inconvénients inhérents aux corps étrangers, les chirurgiens n'hésitent à en interposer entre deux muqueuses enflammées. L'expérience journalière leur a en effet appris qu'un corps étranger, nuisible par lui-même, se transforme en moyen de guérison efficace, par cela seul qu'il contribue à éloigner l'une de l'autre des surfaces malades.

Je rends hommage au Comité d'organisation du Congrès ; il a bien fait de mettre à notre ordre du jour cette question de l'occlusion palpébrale; elle est toute d'actualité, car dans ces derniers temps encore, elle a fortement occupé les plus célèbres académies. Je ne pense cependant pas qu'elle ait été posée afin que nous nous évertuions à découvrir les cas d'affection oculaire dans lesquels l'œil doit être maintenu fermé, mais bien pour nous amener à nous prononcer sur le point de savoir si l'œil doit, d'une manière générale, être soumis à l'occlusion forcée, dans les cas où la majorité des oculistes n'avaient jusqu'à présent jugé ni nécessaire ni utile de recourir à ce moyen, introduit dans la thérapeutique oculaire sous le nom spécieux d'*occlusion palpébrale*. Nous sommes appelés enfin à examiner si ce moyen est positivement aussi généralement utile qu'on l'a prétendu, ou si plutôt il ne pourrait pas quelquefois être nuisible. C'est cette dernière manière de voir que l'on est porté à accepter, quand on réfléchit qu'il s'agit d'une pratique contraire aux lois les mieux établies de la pathologie chirurgicale, lois auxquelles on ne peut admettre gratuitement que la pathologie oculaire puisse se soustraire.

Il n'y a pas à discuter longuement pour savoir s'il est utile de maintenir les yeux fermés dans les cas *d'ulcères, de perforations, à la suite des opérations*, etc. Il n'y a pas d'oculiste qui, en pareil cas, n'ait jugé nécessaire, depuis longtemps, de maintenir l'œil fermé pendant un temps plus ou moins long ; c'est là une chose dictée par le simple bon sens. Mais un point sur lequel il importe que la section prononce son jugement, c'est celui de l'utilité de l'occlusion palpébrale dans les cas de *conjonctivite aiguë* ou *chronique*, dans la *kératite vasculaire* et le *pannus ;* car c'est là une question litigieuse. Quant à moi, je ne saurais adopter la solution du projet de réponse ; je ne crois pas d'abord que l'occlusion soit *éminemment utile* dans la conjonctivite aiguë ou chronique.

M. Jules Ansiaux (de Liége). Beaucoup de conjonctivites aiguës guérissent facilement par l'emploi des moyens appropriés que chacun connaît, et sans qu'il soit nécessaire d'obliger les malades à tenir les yeux fermés. Je ne crois point à l'utilité de l'occlusion palpébrale dans ces sortes de cas, et je ne l'emploie jamais.

M. Van Dommelen (de Nimègue). Non-seulement l'occlusion n'est pas toujours éminemment utile, mais je la crois parfois pernicieuse. Il en est surtout ainsi dans les ophthalmies scrofuleuse, syphilitique et arthritique, parce que les matières sécrétées sont susceptibles d'acquérir des qualités âcres et irritantes qui exigent que l'œil soit fréquemment abstergé ; il me paraît bien préférable de laisser en pareil cas l'organe librement exposé à l'air.

Du reste, chaque fois que l'on aura recours à l'occlusion palpébrale, il faudra bien prendre soin d'en limiter la durée, dans la crainte d'amener la photophobie. Il n'y a pas en effet de symptôme plus triste que celui-là pour le malade et le médecin. Pour le malade en ce que, sous peine des plus vives souffrances, il est obligé de se condamner à une obscurité absolue ; pour le

médecin, en ce qu'il ne peut plus suivre les progrès du mal, car chaque fois qu'il veut inspecter l'œil, la cornée transparente disparaît en haut et en dedans sous le rebord de l'orbite. Les désordres les plus graves peuvent alors se développer à son insu. La photophobie enfin peut être portée au point de provoquer, par l'intermédiaire des nerfs oculaires, une hyperesthésie des organes cérébraux, ce qui fait échouer toutes les médications et rend les récidives fréquentes.

M. Caffe admet que l'interruption trop prolongée des fonctions de l'œil peut déterminer une photophobie dangereuse; il en a vu des exemples très affligeants. Il rappelle l'observation qu'il a publiée dans le temps, de la fille d'un médecin qui, à la suite de précautions exagérées prises malgré les conseils de son père contre une irritation oculaire, fut atteinte d'une photophobie qui a véritablement dégénéré en monomanie, et qui l'a amenée à vivre pendant de longues années plongée dans l'obscurité la plus absolue.

M. Guépin. Il est certain que l'occlusion palpébrale est un moyen qu'il faut manier avec circonspection. Je l'ai employé avec les précautions convenables dans un certain nombre de conjonctivites, elle ne m'a point laissé d'impressions favorables, et je ne saurais la recommander, surtout comme moyen principal de traitement.

M. Testelin. Notre honorable Président vient, précisément à raison de l'approche du Congrès, d'employer l'occlusion à l'Institut ophthalmique du Brabant, sur trois hommes atteints de conjonctivite catarrhale avec ulcère superficiel de la cornée. J'ai suivi ces expériences; nous avions auparavant minutieusement constaté le degré d'intensité de tous les symptômes ; je déclare qu'au bout de cinq à six jours ils s'étaient tous aggravés, surtout quant à la rougeur et à la photophobie.

M. Bosch. Cela est parfaitement exact et a pu être constaté samedi dernier par quelques membres du Congrès qui nous ont fait l'honneur d'assister à la visite. Cependant, j'avais suivi de point en point les prescriptions de M. Bonnafont, et je m'étais conformé en tout à son *modus faciendi*.

M. Vanzetti. Voilà qui me paraît réglé pour la conjonctivite. Mais l'occlusion palpébrale ne serait-elle pas aussi plus nuisible qu'utile dans la kératite vasculaire et le pannus. Pour mon compte, je le crois : ainsi, ne voit-on pas souvent la kératite vasculaire et le pannus bornés précisément à la portion de la cornée qui est recouverte par la paupière supérieure. La maladie s'est évidemment développée là où les deux surfaces muqueuses sont naturellement le plus longtemps en contact. Je dois mentionner, en outre, les résultats fort heureux obtenus à l'Institut ophthalmique de Saint-Pétersbourg par la méthode de M. Lerche, et dont j'ai été témoin oculaire. Cet oculiste fort distingué, pour guérir les kératites chroniques et le pannus, renversait en dehors la paupière supérieure et l'obligeait à rester dans cette position, en faisant passer à peu de distance de son bord libre, au moyen d'une aiguille, un fil dont les deux bouts étaient fixés au front. Ce procédé, que l'auteur a publié il y a bon nombre d'années, en même temps que les résultats remarquables qu'il en a obtenus, me paraît de nature à démontrer de quelle utilité est, aussi en oculistique, la loi chirurgicale qui prescrit de maintenir éloignées les surfaces muqueuses et enflammées, au lieu d'en favoriser le contact, comme le veulent les partisans de l'occlusion palpébrale.

M. Delvigne. Je ne crois pas, pour mon compte, que l'on puisse retirer beaucoup d'avantage de l'occlusion palpébrale pour la cure de l'ectropion. Cette affection est le plus souvent trop opiniâtre pour céder à un pareil moyen.

M. Rossander. Dans les plaies avec perte de substance de la face externe

des paupières, l'occlusion doit être inefficace pour ne pas dire plus. Ce qu'il y a le plus à redouter ici, c'est le renversement en dehors, qui est souvent la conséquence d'une suppuration prolongée; et l'occlusion, en produisant l'écartement des lèvres de la plaie, ne peut qu'en empêcher la réunion prompte; elle favorise la suppuration. Si la perte de substance est peu considérable, il faut réunir par première intention; si la destruction des tissus est étendue, le cas est fâcheux, mais à coup sûr l'occlusion palpébrale n'y remédiera en rien.

M. Laussedat (France). L'occasion de parler du travail de M. Bonnafont, dont M. le Président nous a donné lecture, et sur lequel je viens de jeter un coup d'œil, ne s'étant pas présentée dans le cours de la discussion, je demande la permission d'en dire ici un mot. Il consiste essentiellement, et dans l'espèce rien ne pouvait mieux convenir, en un tableau présentant le résultat du traitement par l'occlusion palpébrale de quarante-sept hommes atteints d'ophthalmies externes, c'est-à-dire de conjonctivites, blépharites et kératites superficielles. La moyenne du traitement a été de 15 jours, y compris celui de l'entrée et celui de la sortie, ce qui, suivant notre confrère, doit la faire réduire à 13. Je fais cette concession, et je trouve que la statistique, ainsi prise en bloc, n'est pas favorable à l'occlusion. Treize jours de traitement pour la guérison de simples ophthalmies externes, attaquant des sujets choisis comme le sont les militaires, soumis à une surveillance constante, et envoyés à l'hôpital dès le début de leur affection, cela n'a vraiment rien de merveilleux. Mais étudions la statistique en détail et choisissons une maladie spéciale, la conjonctivite simple : nous en voyons un petit nombre s'éteindre en 4 et 5 jours (résultat que l'on obtient assez souvent avec l'instillation de quelques gouttes d'un collyre au nitrate d'argent), mais nous en voyons beaucoup plus durer 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 24 jours. J'avoue que cette durée me paraît considérable et hors de toute proportion avec celle des cas traités par d'autres moyens que l'occlusion. En résumé, je ne vois rien dans ce travail qui puisse faire revenir la section sur les résolutions qui lui ont été proposées. Ces résolutions, au reste, ne tendent point à l'abandon absolu de l'occlusion palpébrale : on avait trop exagéré la valeur de ce moyen, vous l'avez remis à sa place.

A la suite de cette discussion, le § 2 est rédigé dans les termes suivants :

« A ces titres divers, elle peut être utile : dans les ulcères et les perforations « de la cornée ; dans les propulsions de cette membrane et la hernie de l'iris; « dans les staphylômes récents, dans l'ophthalmoptose et à la suite de cer- « taines opérations pratiquées sur l'œil, telles que la ponction et l'opération du « staphylôme, l'opération de la cataracte, celle de la pupille artificielle, etc. »

On passe au § 3.

« Le meilleur procédé pour l'instituer est celui qui répondra le plus com- « plétement aux conditions suivantes : condamner l'œil au repos et diminuer « autant que possible les frottements entre lui et les paupières ; le comprimer « modérément, uniformément, de manière à ne causer aucune douleur; n'y « point concentrer trop de chaleur; pouvoir être renouvelé à volonté, sans « gêne, ni embarras, et ménager une issue aux liquides fournis par les sécré- « tions normales et pathologiques. »

Adopté avec les modifications suivantes :

1° Substituer le mot « *contenir* » au mot « *comprimer* »; 2° « *la chaleur* » au lieu de « *trop de chaleur* » ; 3° enfin, ajouter après les mots « *pouvoir être re-* « *nouvelé à volonté* » ceux-ci « *suivant l'utilité.* »

Le § 4 est adopté sans modification et reste ainsi conçu :

« Lorsqu'on voudra obtenir l'immobilisation aussi complète que possible « de l'œil, il importera d'appliquer l'occlusion aux deux yeux, n'y en eût-il « qu'un d'affecté. »

Séance du 15 septembre.

M. le Président. L'ordre du jour appelle la discussion de la septième question du programme; elle est ainsi conçue :

A. — Est-il utile qu'il existe des établissements spéciaux pour le traitement des maladies oculaires ?

B. — Dans l'affirmative, quelles sont les conditions qu'ils doivent réaliser.

Comme il serait oiseux de s'engager dans la discussion des détails, si l'on n'était pas d'accord sur le point principal, je crois qu'il importe d'ouvrir d'abord une discussion générale sur l'ensemble de cette question, et surtout sur le point de savoir si nous croyons à l'utilité d'établissements spéciaux pour le traitement des maladies oculaires. Si vous le trouvez bon, nous allons y procéder. (*Marques d'assentiment.*)

M. Jules Ansiaux. En demandant la parole, j'ai désiré donner quelques renseignements à l'appui des propositions formulées dans cette question, bien que le travail de M. Quadri, publié dans les *Annales d'oculistique*, ait beaucoup élucidé la question par les documents intéressants qu'il renferme. Je n'entends point chercher à démontrer l'utilité des instituts ophthalmiques sous le rapport scientifique, c'est un fait constaté par la création des cliniques spéciales dans les Universités, et qui me dispense de toute explication.

Mais ce que je me propose de faire bien comprendre à nos confrères étrangers, c'est l'avantage de ces institutions spéciales, tant sous le rapport humanitaire que sous le rapport administratif, surtout de la manière dont sont organisés les instituts ophthalmiques en Belgique.

En effet, si nous les comparons aux hôpitaux généraux, nous y trouvons une différence notable, très grande, qui est toute en faveur des institutions spéciales:

1° Bien que dans tous les hôpitaux les malades soient traités par des hommes d'un talent reconnu, les ophthalmiques sont confondus avec tous les autres malades : ce qui est toujours un désavantage, car le chirurgien qui s'occupe de son service ne peut s'attacher à toutes les particularités qu'exige le traitement des maladies des yeux.

2° A l'hôpital, on attend que les malades se présentent; dans les instituts ophthalmiques, en Belgique du moins, on fait plus : les directeurs de ces établissements, avec le concours de l'autorité, vont à la recherche des ophthalmiques dans leurs provinces respectives. Ces tournées, qui ont pour but principal de rechercher les ophthalmiques militaires, ont aussi un autre avantage : celui de trouver des aveugles réputés incurables, restés sans traitement, souvent pendant des années, par négligence ou pour éviter un déplacement, et qui, envoyés à l'institut, aux frais de leurs communes, d'après l'avis du médecin directeur, y sont traités avec succès et sont ainsi rendus à leurs familles et à leurs travaux.

Ces résultats ont été appréciés par beaucoup d'administrations communales

intelligentes qui, aujourd'hui, n'attendent plus la visite annuelle du médecin de l'institut pour y envoyer leurs indigents atteints de maladies graves des yeux. Ces administrations ont bien compris que, par un sacrifice momentané, la commune a évité d'avoir à supporter dans l'avenir la charge permanente d'entretenir des infirmes, d'autant plus onéreux qu'il faut constamment une personne pour les soigner ou les conduire. Je possède par devers moi de nombreux exemples de ce genre, et j'affirme hautement que mes honorables collègues ont aussi des faits de l'espèce à citer.

On pourra peut-être faire observer que l'on peut créer des institutions spéciales pour toutes les maladies. Cette objection, qui semble tout d'abord péremptoire, n'est cependant pas tout à fait exacte, car le nombre des maladies d'yeux est proportionnellement plus considérable que celui des autres maladies, et personne de nous n'ignore de combien de soins minutieux les ophthalmiques doivent être entourés, surtout après les opérations ; soins dont les malades tiennent peu ou point compte dans la classe inférieure ; et c'est pour ce motif que j'éprouve une très grande répugnance à pratiquer des opérations importantes d'oculistique hors de chez moi, et ne le fais qu'à bon escient et quand j'y suis obligé.

Dans la seconde partie de la question, on propose pour les bâtiments destinés aux instituts d'avoir une façade à l'est, et l'autre à l'ouest. Cette condition n'est pas toujours réalisable : le terrain sur lequel on construit, les bâtiments que l'on occupe, ne permettent pas toujours de réunir ces conditions. Toutes les institutions ophthalmiques n'ont pas le bonheur de commencer, comme celle fondée par M. Spérino, à Turin, et de recevoir comme elle des encouragements de la munificence royale. Nos instituts ophthalmiques, en Belgique, ont en général débuté par être de modestes dispensaires et des bureaux de consultations, soutenus par l'appui de personnes bienfaisantes, comme cela se pratique en Angleterre sur une très haute échelle. L'Institut ophthalmique de Liége que j'ai créé a commencé ainsi. Nos voisins d'outre-mer comprennent largement la charité et laissent peu au gouvernement le soin de subventionner les institutions de bienfaisance. Voyez Londres, la ville philanthropique par excellence, où ces institutions abondent ! Nous possédons aussi beaucoup d'institutions charitables privées, peut-être trop, car leur multiplicité est un obstacle à ce qu'elles soient aussi convenablement soutenues qu'il serait à désirer qu'elles le fussent.

A l'institut ophthalmique de Liége, je suis parvenu à obtenir une très grande partie des conditions indiquées, et plus tard j'ai l'espoir de parvenir au complément de cette entreprise philanthropique, mais le manque de fonds nécessaires n'a pas encore permis de réaliser toutes les conditions réclamées pour la distribution intérieure : c'est ainsi qu'aujourd'hui nous ne possédons encore que deux salles, une pour chaque sexe, et je me trouve déjà très satisfait de ce résultat. Ces salles contiennent chacune onze lits, et plus tard ce nombre pourra être plus élevé.

Les conditions indiquées aux paragraphes *a*, *b*, *c*, *e*, sont à peu près remplies : sauf la teinte des rideaux, qui est grise comme les murs et les couvre-pieds des lits.

La ventilation se fait au moyen d'une roulette de fer blanc.

Les promenoirs auront des arbres touffus quand ils seront plantés de plus longtemps.

Quant aux examens ophthalmoscopiques, on y procède en fermant la seule fenêtre du cabinet de consultation : on obtient aisément ainsi le degré d'obscurité convenable pour se servir de l'ophthalmoscope. Les dissections ne se faisant

pas sur des objets volumineux et ne laissant pas d'odeur, peuvent facilement être pratiquées dans le cabinet de consultation, où le jour est pur et ne vient que d'un côté.

M. Van Dommelen. Nous n'avons pas le bonheur de posséder chez nous d'établissements spéciaux pour le traitement des ophthalmiques. Je le regrette, car le séjour que j'ai fait en qualité d'interne à l'hôpital d'instruction d'Utrecht m'a mis à même d'apprécier tous les services que peuvent rendre de pareilles institutions. Pendant les années 1831, 1832 et 1833, il a régné dans l'armée hollandaise une grave épidémie d'ophthalmie purulente. Ordre fut donné de diriger de toutes parts les malades vers le Grand Hôpital Royal, situé au centre du pays. J'y ai vu le nombre des ophthalmiques s'élever jusqu'à quatre cents, et, ce qui est triste à ajouter, l'infection se répandre dans les salles des fiévreux et des blessés. Chaque jour le nombre de ces malades, qui contractaient ainsi une seconde affection (l'ophthalmie) à l'hôpital, allait en augmentant. Alors notre vénérable chef, le professeur Alenmider, prit une mesure radicale. Il fit évacuer tous les fiévreux, les blessés et les vénériens, et les envoya dans les succursales. Il put ensuite accorder plus d'espace aux ophthalmiques, et les faire coucher plus loin les uns des autres. On vit alors non-seulement l'infection s'arrêter, mais parmi les ophthalmiques eux-mêmes les récidives devenir moins nombreuses. Avec des établissements spéciaux, rien de semblable ne serait arrivé.

M. Delvigne. L'utilité des instituts ophthalmiques ne saurait être contestée, et j'appuie fortement les excellents arguments que M. Jules Ansiaux a fait valoir en leur faveur ; mais je ne saurais me montrer aussi satisfait que lui de l'état des choses en Belgique. Ainsi, notre pays qui compte neuf provinces ne possède que quatre instituts; il a donc cinq provinces qui sont privées de ces établissements si utiles à l'humanité. Que résulte-t-il d'un pareil état de choses, c'est que beaucoup de malheureux atteints d'ophthalmie deviennent aveugles, et tombent à la charge des administrations de la commune et de la province. Je prie donc le Congrès d'ophthalmologie de vouloir bien faire des démarches auprès du gouvernement pour qu'un institut, au moins, soit ouvert dans chaque province, et pour que ces établissements soient subsidiés par les communes ou par l'État. Je demande de plus qu'il soit attaché à chaque université de l'État un professeur d'ophthalmologie, car cette espèce d'enseignement laisse beaucoup à désirer en Belgique.

M. Jules Ansiaux. Les plaintes de notre confrère ne sont pas complétement fondées, car il y a peu de pays où les ophthalmiques reçoivent plus de secours qu'en Belgique. Sans doute il n'y a que quatre instituts, mais tous les malades qui s'y présentent sont traités avec le plus grand zèle. Quant à l'enseignement...

M. Bosch, président. Pardon, Messieurs, mais je ne puis laisser ainsi la discussion s'égarer; nous ne stipulons point ici pour la Belgique en particulier : nous sommes un Congrès universel, et si la proposition de M. Delvigne, relative à l'enseignement est appuyée, il faut que quelqu'un la formule d'une manière générale, et applicable à tous les pays civilisés qui comptent ici des représentants.

M. Laussedat. J'appuie la proposition de M. Delvigne, et pour satisfaire aux justes exigences de notre honorable Président, voici comme je la formule :

« Je demande que le Congrès émette le vœu que l'enseignement de l'oph-
« thalmologie ait une chaire spéciale dans toutes les facultés de médecine. »

Il importe, en effet, aux progrès de la science, il est dans l'intérêt de

l'humanité que l'enseignement de l'ophthalmologie ait dans les facultés de médecine une chaire officielle et spéciale.

La plupart des nations de l'Europe sont encore privées de ces chaires.

En France, par exemple, aucune des trois facultés ni des diverses écoles secondaires de médecine n'offre d'enseignement régulier de l'ophthalmologie. Les cours de clinique où de pathologie externe ne traitent, pour ainsi dire qu'incidemment et toujours d'une façon incomplète, des diverses maladies des yeux et des traitements et opérations qu'elles réclament.

Sans doute l'enseignement privé supplée jusqu'à un certain point à cette regrettable lacune dans cette branche de l'art, comme en plusieurs autres; mais les leçons particulières ne propagent habituellement que les idées, les opinions, les procédés de l'auteur, qui n'a d'autre but que de les vulgariser et de les faire prévaloir : il n'y a là, et il ne peut y avoir de contrôle sévère, impartial, seul capable d'élucider les questions et de faire progresser la science. — On ne saurait trouver là ces études approfondies, historiques, philosophiques et critiques que le haut enseignement seul peut aborder et traiter à fond.

D'autre part, il faut le reconnaître, les nombreuses variétés d'affections qui attaquent l'organe de la vue sont, par leur nature autant que par leur siége, d'un diagnostic différentiel hérissé de difficultés. Ces difficultés se retrouvent nécessairement dans le traitement, soit local, soit général. Le manuel opératoire des maladies oculaires exige de son côté des démonstrations en rapport avec l'extrême délicatesse qu'il comporte.

En résumé, il est certain qu'aussi longtemps que l'ophthalmologie n'aura pas un enseignement propre dans les grandes écoles de médecine, la généralité des médecins sortant de ces écoles sera hors d'état de se livrer, d'une manière compétente, à la pratique des exigences infinies de cette branche de l'art.

Je demande donc que le Congrès émette le vœu que l'enseignement de l'ophthalmologie ait une chaire spéciale dans toutes les facultés de médecine.

M. Testelin. On ne saurait trop appuyer l'amendement de MM. Laussedat et Delvigne. L'enseignement ophthalmologique en France a été tellement négligé à une certaine époque, que je déclare avoir passé à Paris mes examens de docteur sans avoir jamais entendu traiter des maladies des yeux dans aucun cours théorique. Je crois que je ne suis pas le seul qui se trouve dans ce cas. Au reste, pour faire comprendre qu'un cours approfondi des maladies des yeux a pu, dans les temps modernes, constituer une nouveauté, je n'ai qu'à rappeler la sensation produite par le cours du professeur Sanson ; ce fut un véritable événement. J'en appelle aux souvenirs de deux de nos confrères qui font partie de notre section: M. Guépin qui, le premier je crois a fondé en province, à Nantes, un cours qui a eu tant de succès, et M. Caffe, qui a eu l'honneur d'être le chef de clinique de Sanson.

M. Caffe. Ce que dit M. Testelin est très vrai. L'ouverture du cours de Sanson fut un véritable événement, et même un événement fort diversement apprécié. Les élèves l'accueillirent avec faveur, mais il fut mal vu par quelques professeurs. Il semblait presque à quelques uns que l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu eût dérogé en traitant de l'ophthalmologie d'une façon spéciale et étendue.

M. Cornaz (Suisse). Je suis très partisan des cours d'ophthalmologie, mais je ne pense pas qu'un professeur spécial soit indispensable. J'habite un pays qui fait certes de grands sacrifices pour l'instruction, mais ses ressources sont bornées. Il faut chez nous qu'un professeur consente à faire plusieurs cours. Je pense que l'ophthalmologie est une branche de la

médecine proprement dite, à laquelle elle tient plus qu'à la chirurgie, et que le professeur de pathologie interne pourrait faire également le cours d'ophthalmologie. Prenons garde de trop spécialiser.

M. Vanzetti. Je pense aussi que le même professeur peut faire deux cours. Mais, sans méconnaître les rapports naturels qui existent entre la médecine et l'ophthalmologie, je crois que cette dernière est plutôt du domaine de la chirurgie, à cause du manuel opératoire étendu qu'elle comporte. Pour mon compte, j'ai professé pendant onze ans la pathologie externe en Russie, en même temps que l'ophthalmologie. Voici comment les choses étaient arrangées : je faisais pendant une partie de l'année une clinique chirurgicale, et pendant l'autre une clinique ophthalmologique. Les élèves étaient tenus de suivre cette clinique ainsi que le cours théorique, et lors de leur réception ils subissaient un examen spécial sur les maladies oculaires.

M. Laussedat. On aurait bien mal saisi ma pensée, si l'on inférait de mon amendement que j'entends faire de l'ophthalmologie une spécialité en dehors de la médecine et de la chirurgie. Mon but, au contraire, est d'obtenir que tous les médecins aient une connaissance approfondie des maladies oculaires, comme de toutes les autres parties de l'art de guérir. Si je demande une chaire spéciale, qui évidemment ne peut être occupée que par un médecin ou un chirurgien, c'est parce que, dans les facultés, il n'y a d'ordinaire que les parties de la science représentées par un cours régulier qui deviennent nécessairement matière à examen. Actuellement on peut interroger les élèves sur les maladies des yeux, et cela arrive plus ou moins souvent : je voudrais que cela arrivât toujours.

L'amendement de MM. Delvigne et Laussedat, ainsi expliqué, est mis aux voix et adopté.

M. le Président met ensuite successivement en discussion les divers paragraphes du projet de réponse. Le § A est adopté. On introduira quant au § B, après les mots « *pour le traitement* » ceux « *et l'enseignement.* » Les articles 1, 2, *a*, *b*, *c* sont adoptés sans modification. L'article *d* est également adopté, mais on dira, au lieu de « *rideaux verts,* » « *des rideaux verts ou de couleur sombre.* » L'article *e* est adopté sans modification.

La section passe à la discussion de l'article 3 (*Ventilation*).

M. Pelikan (de Saint-Pétersbourg). Je ne trouve pas que la ventilation, comme le porte le projet de réponse, doive satisfaire à plus de conditions dans un hôpital destiné au traitement des ophthalmiques que dans tout autre. Dans tous les établissements destinés à réunir un plus ou moins grand nombre d'hommes sains ou malades, la ventilation est une question capitale. Je propose donc de remplacer les mots, « *ici plus qu'ailleurs encore,* » par ceux-ci, « *comme partout.* » De plus, le projet de réponse ne s'explique pas sur le système de ventilation à préférer, je serais bien aise que la section voulût bien faire connaître ses idées à cet égard.

M. Caffe. Pour mon compte, je crois que le meilleur système de ventilation est celui qu'a imaginé M. Péclet, et qui a été mis en pratique, au moins en grande partie, à l'hôpital Lariboisière. M. Caffe explique ici longuement ce système, que son auteur a du reste exposé, dit-il, dans son *Traité de la chaleur*.

M. Didot. Si l'on entre dans le détail des systèmes de ventilation, je proposerai celui inventé par notre compatriote le docteur Van Hecke. Il est mis en usage dans divers établissements, et l'on s'en trouve très bien.

M. Testelin. Je pense que nous ferions bien d'imiter la sagesse du projet de réponse et de nous en tenir à des généralités. La ventilation est la grande

pierre d'achoppement des architectes dans la construction des édifices. Si l'on voulait traiter à fond cette question, ce ne serait pas trop d'un congrès spécial. Adoptons la rédaction du projet de réponse avec la modification proposée par M. Pelikan, et en ajoutant le mot « *nuisibles* » après « *courants d'air* » car évidemment il a été oublié ; il n'y a pas moyen que l'air se renouvelle sans qu'il s'établisse un courant.

Le paragraphe est adopté avec ces deux modifications.

L'article 4 est adopté sans modification.

M. James Dixon (Angleterre). Ce ne peut être que par une erreur de rédaction que l'on propose de tourner vers l'*est* la fenêtre de la chambre de consultation et d'opération, c'est vers le *nord* qu'il faut dire. Chacun sait que, lorsque la lumière tombe directement sur l'œil, elle est fortement réfléchie par la cornée, ce qui produit des reflets qui gênent beaucoup dans l'examen de cet organe. On évite tout cela en se plaçant au nord, région du ciel d'où la lumière ne vient jamais directement. J'ajouterai qu'à Londres, à Moorfields, il y a deux fenêtres, mais elles sont à embrasures profondes, et s'avançant vers l'extérieur, de manière à pouvoir contenir le malade et l'opérateur ; par cet artifice, elles constituent chacune comme un cabinet spécial à une seule fenêtre, et deux chirurgiens peuvent fonctionner en même temps.

Le mot « *nord* » sera substitué au mot « *est* » de l'article 5.

L'article 6 est adopté sans modification.

M. Guépin. Ce que vous venez de voter, Messieurs, est le beau idéal en fait d'établissements ophthalmiques; je l'ai accepté de grand cœur, car on ne saurait trop tendre vers le but le plus élevé. Néanmoins, je ne voudrais pas que l'on pût s'armer de vos décisions pour nuire à des établissements plus modestes, déjà existants, ou qui pourraient se fonder. Sous prétexte qu'ils ne remplissent pas toutes les conditions indiquées par votre programme, il se pourrait qu'on fermât certains établissements, ou que l'autorité ne les soutînt pas, ce qui souvent équivaut à les fermer. Ce que je dis là pourra paraître étrange aux oreilles de nos confrères belges, mais ce n'est pas ici le lieu de le développer davantage, je me borne à vous demander l'adoption de l'amendement suivant :

« Nous demandons pour chaque faculté un grand établissement ophthal-
« mique aussi complet que possible; toutefois, vu les diversités des exigences
« sociales de chaque pays, nous désirons que les médecins qui ont étudié
« spécialement l'ophthalmologie prennent l'initiative dans les pays qu'ils
« habitent, persuadés qu'ils trouveront dans les institutions municipales et
« générales l'appui auquel ils auront prouvé qu'ils ont droit. »

Cet amendement est adopté à l'unanimité.

La séance est terminée à midi.

II

MÉMOIRES SUR L'OPHTHALMIE MILITAIRE.

DE L'OPHTHALMIE MILITAIRE EN PORTUGAL

PAR J.-A. MARQUES,

Médecin et Chirurgien de l'École de Lisbonne, Chirurgien de brigade gradué, Adjoint au commandement en chef de l'armée portugaise, Chevalier de l'Ordre du Christ et de l'Ordre Royal de Notre-Dame de la Conception de Villa-Viçosa, Rédacteur du *Escholiaste medico*, Membre correspondant de l'Académie chirurgicale de Madrid, Membre de mérite de l'Institut médical de Valencia, Docteur de l'Université de Bruxelles, etc.

Les renseignements que nous allons donner au sujet de l'ophthalmie militaire en Portugal, sont importants sous plusieurs rapports. Quelques questions se trouveront éclaircies par eux, — les unes d'une manière différente qu'elles ne l'ont été par l'histoire de l'ophthalmie dans d'autres pays, — les autres d'après les idées énoncées par les médecins qui ont fait le plus de recherches sur cette maladie. — Nous croyons cependant que toutes les opinions dominantes peuvent être comprises et conciliées et que le Congrès ne pourra donc que gagner en daignant recevoir le tribut de recherches que nous venons lui offrir dans l'intérêt de la science.

Nous devons dire, avant tout, que ces renseignements, recueillis dans un très bref délai, ont été puisés par nous dans les publications faites par les journaux de médecine portugais, les discussions qui ont eu lieu dans la Société des Sciences médicales de Lisbonne, les rapports faits par les différentes commissions médicales qui ont été consultées sur l'ophthalmie, les documents existants au ministère

de la guerre, etc. Peut-être ces sources pourraient-elles livrer des renseignements plus détaillés; mais nous ne pensons pas que les recherches auxquelles nous nous sommes livré eussent pu être faites avec plus de soin, ni dans un esprit plus propre à en déduire la vérité historique.

Les trois questions qui ont été élucidées par cette étude sont : — l'histoire proprement dite de l'ophthalmie militaire, les voies d'introduction de cette maladie dans le pays, et sa diffusion dans l'armée. Ces trois questions se touchent et s'éclairent réciproquement par les différents points de contact qui existent entre elles; mais nous tenons à entretenir d'abord le Congrès de la partie historique de cette maladie, pour passer ensuite aux deux autres questions. Nous terminerons en ajoutant une note sur le traitement, d'après les idées qui existent en Portugal à ce sujet. De cette manière, nous croyons mettre d'accord nos travaux avec les vues de la Commission organisatrice.

I. — Aperçu historique de l'ophthalmie militaire en Portugal.

L'histoire de l'ophthalmie militaire en Portugal commence en 1849. Jusqu'au mois de mai de cette année, on ne trouve aucun renseignement, écrit ou traditionnel, qui puisse faire soupçonner l'existence, dans l'armée portugaise, d'une ophthalmie ayant les caractères avec lesquels on la voyait sévir dans quelques armées de l'Europe.

Ce fait, entièrement identique avec ce qu'on a aussi observé à Copenhague à l'occasion de l'épidémie ophthalmique de 1851, est bien établi par le témoignage des chirurgiens militaires.

En outre, tous les documents et les registres officiels que nous avons eus à consulter, établissent que le chiffre de l'ophthalmie s'y maintenait dans des proportions très régulières. Les registres, par exemple, portent que, dans une période de huit années, de 1840 à 1848, il y a eu en traitement dans les hôpitaux militaires 2,187 cas de maladies des yeux sur 147,273 de toutes autres affections, et que tous ces cas de maladies oculaires étaient bien différents par leur siége et leur nature, de manière qu'aucun d'eux ne se présentait avec des phénomènes assez remarquables pour attirer l'attention des praticiens sur le développement des granulations conjonctivales. Ces cas de maladies des yeux, dans cette période de huit ans, selon les données statistiques, montrent ce qui suit :

ANNÉES.	MALADIES DES YEUX.	ENTRÉS DANS LES HÔPITAUX.	PROPORTIONS.
1840	151	11,891	1 : 78,74
1841	255	17,315	1 : 67,90
1842	185	15,641	1 : 84,54
1843	245	18,981	1 : 78,11
1844	336	18,088	1 : 53,83
1845	257	14,477	1 : 56,33
1846	263	14,658	1 : 55,73
1847	203	12,922	1 : 73,50
1848	324	21,300	1 : 65,74

Le contraste est bien sensible, surtout si l'on compare ces données avec celles que nous allons faire connaître, et qui appartiennent aux sept années de la durée de l'ophthalmie :

ANNÉES.	MALADIES DES YEUX.	ENTRÉS DANS LES HÔPITAUX.	PROPORTIONS.
1849	760	21,472	1 : 28,25
1850	2,825	20,503	1 : 7,25
1851	2,249	19,903	1 : 8,84
1852	1,513	19,321	1 : 12,76
1853	1,119	15,894	1 : 14,16
1854	819	14,315	1 : 17,52
1855	790	15,372	1 : 19,45

On voit bien par ces chiffres que la proportion des maladies des yeux avec toutes les autres, avant 1849, ne subissait que de très faibles variations, mais que ces maladies n'étaient pas plus fréquentes à l'armée qu'ailleurs. On voit encore cette proportion augmenter subitement en 1849, s'accroître énormément en 1850, se maintenir presque au même degré en 1851, et enfin commencer sa déclinaison à partir de cette année, pour se conserver encore en 1855 au delà du triple de ce qu'elle était auparavant.

Les premiers cas d'ophthalmie granuleuse ont été observés dans la garnison de Lisbonne. Et l'on doit dire, parce que c'est encore un moyen de bien reconnaître le commencement de l'épidémie, que, avant le premier semestre de 1849, toutes les maladies des yeux étaient confiées aux soins d'un praticien dans les salles de chirurgie. Il y avait seulement une petite salle avec quelques lits pour les malades le plus gravement affectés, et qui, en conséquence, devaient être soignés avec toutes ces précautions qui ont tant d'influence sur la marche des affections oculaires. Ces dispositions étaient sans aucun doute, tout à fait suffisantes pour le petit nombre de malades des yeux qui entraient à l'hôpital. Dès les premiers jours du mois de juin 1849, le mouvement avait pris des proportions plus étendues, et cette circonstance nous a fait immédiatement appeler l'attention du directeur de l'hôpital, car c'était à nous que les salles de chirurgie venaient d'être confiées. De plus, nous avons remarqué que la maladie, qui se montrait chez la plupart des soldats avec quelques particularités, faisait soupçonner une épidémie, et que surtout on ne voyait plus les conditions de la conjonctivite franche, qui dénotaient autrefois une affection ordinaire et parfaitement guérissable dans un court délai. Nous avons fait connaître toutes ces circonstances dans une note qui a été publiée dans le journal des médecins militaires (1).

L'accroissement successif des maladies des yeux, dans l'hôpital militaire de Lisbonne, peut être encore plus facilement remarqué par la note ci-jointe. Dans le premier semestre, on voit le mouvement ordinaire des maladies des yeux dans l'hôpital; dans le second, l'épidémie s'est déjà développée, et elle s'accroît dans une proportion presque régulière :

MOIS DE 1849.	ENTRÉS.	SORTIS.	SONT RESTÉS.
Janvier	14	8	6
Février	7	2	11
Mars	14	13	12
Avril	14	6	20

(1) *Jornal dos Facultativos militares*, n° 67 ; juin 1849.

MOIS DE 1849.	ENTRÉS.	SORTIS.	SONT RESTÉS.
Mai	20	15	25
Juin.	48	25	48
Juillet.	25	43	30
Août.	47	39	38
Septembre . .	32	86	54
Octobre. . . .	23	31	46
Novembre. . .	38	38	46
Décembre. . .	71	45	72

Ce mouvement annuel de 353 malades des yeux, rien qu'à Lisbonne, était plus grand qu'il n'avait jamais été dans toute l'armée.

On peut encore établir ce même mouvement par le nombre de malades dans les différents régiments où la maladie s'était déclarée :

1er régiment d'artillerie	16
1er bataillon de chasseurs.	22
2e bataillon de chasseurs	70
Régiment de grenadiers de la reine . .	158
7e régiment d'infanterie.	17
10e » »	28
16e » »	15

Le plus grand nombre d'affectés ayant existé dans le régiment des grenadiers, explique le nom que l'ophthalmie a porté à son début (ophthalmie des grenadiers); mais il n'est pas moins vrai, comme on peut le voir, que la maladie sévissait dans presque tous les régiments qui formaient la garnison de Lisbonne.

Cette ophthalmie, comment se présentait-elle? Nous n'en ferons pas une description détaillée, parce qu'elle nous conduirait hors des limites que nous nous sommes imposées. Nous jetterons toutefois un coup d'œil sur la symptomatologie des cas qui ont été observés le lendemain de l'invasion, d'après la note que nous avons publiée. Ensuite, nous tâcherons de faire le résumé des observations des médecins commissionnés par la Société des Sciences médicales de Lisbonne, car nous les considérons comme les plus exactes et les mieux tracées.

Dans la première période de l'ophthalmie, les malades du 1er de chasseurs (ceux que nous avons vus à la caserne et à l'hôpital) présentaient : rougeur et tuméfaction de la muqueuse palpébrale, surtout à l'angle externe et aux bords adhérents des paupières; injection plus ou moins forte des vaisseaux de la conjonctive bulbaire; petits flocons dans le fond du sac conjonctival, nageant dans quelques gouttes de liquide lacrymal; adhérence des cils pendant la nuit; quelquefois rougeur des bords palpébraux; à la surface de la conjonctive tarsienne, des villosités plus ou moins prononcées; dans quelques cas, de petites granulations assez visibles; enfin, peu ou presque pas de douleur, et encore de la photophobie. C'étaient, on le voit bien, presque tous les symptômes que les auteurs assignent à la conjonctivite catarrhale; et quoique nous considérions maintenant la description que nous en avons faite comme un peu défectueuse, on ne doit pas moins y reconnaître le commencement des états qui vont être décrits (1).

(1) Voyez la note que nous avons citée, dans le *Jornal dos Facultativos militares.*

Le rapport de la commission de la Société présente le résultat de l'observation de l'ophthalmie dans des périodes plus avancées. Cette commission a vu dans quelques soldats l'injection, ou, pour mieux dire, la teinture de la muqueuse tarsienne près du bord adhérent, coexister avec des granulations quelquefois vésiculeuses. Dans la majorité de ces cas, pas d'inflammation très remarquable, ni de symptômes subjectifs. Mais bien souvent aussi l'inflammation, au lieu d'être limitée, marchait vers la conjonctive scléroticale, en produisant l'épiphora, un peu de photophobie, et, à un degré plus fort, le chémosis, la rougeur et la tuméfaction des paupières, la sécrétion d'une humeur puriforme, des douleurs très fortes dans l'orbite et le front, et enfin tous les symptômes d'une vraie ophthalmie purulente. Alors, quand l'inflammation cédait et qu'on pouvait voir les surfaces conjonctivales, l'œil présentait des granulations presque toujours charnues, occupant toute la muqueuse palpébrale. Enfin, lorsqu'on avait combattu la phlogose et qu'il ne restait plus que ces produits morbides, on voyait très-souvent les récidives, et la même chose arrivait après le traitement des granulations. La commission remarqua qu'il y avait fréquemment une période, parfois très-longue, d'inflammation chronique, pendant laquelle les granulations s'étaient formées; en sorte que ce produit devançait l'état aigu et sous-aigu qu'on avait tant de fois à traiter (1).

On peut reconnaître facilement, par l'esquisse que nous venons de tracer, cette ophthalmie s'identifiant avec celle qu'on connaît sous le nom d'ophthalmie granuleuse ou purulente. Du reste, le commencement de l'épidémie est bien précisé par l'absence antérieure des maladies oculaires ayant existé avant 1849 avec les caractères spéciaux de l'ophthalmie granuleuse, qui ne pourrait être nullement méconnue, vu sa ténacité; de même que par le grand nombre de maladies des yeux présentant les caractères que nous avons nous-même remarqués le premier jour de notre observation.

Presqu'en même temps que l'ophthalmie se déclarait de cette manière dans la garnison de Lisbonne, on la voyait se manifester à la ville de Vianna-do-Castello, située à soixante-deux lieues de la capitale. La différence dans le mouvement de l'hôpital, appartenant au 3e régiment d'infanterie, a été remarquée vers la mi-août de 1849. C'était à peu près l'époque du plus fort développement de l'ophthalmie à Lisbonne. Voici le fait dûment vérifié par la statistique de l'hôpital, en ce qui se rattache aux malades entrés pour le traitement d'affections oculaires pendant l'année 1849 :

Janvier.	4
Février.	3
Mars.	1
Avril.	1
Mai.	1
Juin	3
Juillet	4
Août.	11
Septembre.	9
Octobre	21
Novembre	7
Décembre	2

Dans l'hôpital du 3e d'infanterie, les symptômes et la marche de l'ophthalmie ont été plus graves qu'à Lisbonne. Il y avait pourtant, dès le début, des

(1) *Jornal da Sociedade das sciencias medicas de Lisboa*, nº 1 de 1850.

éléments pour le même diagnostic, puisqu'on observait les granulations, soit dans les cas où l'inflammation n'était pas encore sortie de son état latent, soit dans ceux où elle se manifestait sous la forme purulente. Parmi les 71 malades qui ont été à l'hôpital, il y en a eu 32 qui ont perdu un œil ou les deux yeux, à la suite de différentes complications.

Une fois nos confrères de la garnison de Lisbonne avertis de l'existence d'une ophthalmie qui commençait à sévir parmi les soldats, revêtant, au surplus, une forme qui ne s'était jamais présentée (1), le Conseil de santé militaire commença à recueillir des informations, soit directement, soit par les médecins militaires, et à considérer l'épidémie comme elle devait l'être. Mais rien n'était prévu, et les doutes, dans ce cas, loin d'être profitables, n'ont abouti qu'à faire perdre un temps précieux.

L'histoire de l'ophthalmie militaire en Portugal, est, sous ce rapport, ce qu'elle a été presque partout. Dans le commencement, les uns ont nié le fait, les autres l'ont exagéré. Des doutes ont été soulevés sur la nature et la valeur des phénomènes morbides observés dans l'ophthalmie. Des théories et des explications étiologiques, plus ou moins raisonnables, plus ou moins fondées sur l'observation ou la lecture, mêmes des idées bizarres, il y eut de tout cela en Portugal comme ailleurs. En Belgique même, combien d'années de discussions, d'expériences, d'essais sans succès et de doutes n'ont pas précédé la connaissance plus approfondie de l'ophthalmie?

En effet, le 16 novembre 1849, le Conseil de santé de l'armée portugaise demanda au directeur de l'hôpital militaire de Lisbonne, M. A.-J.-M. de Seixas, et au chirurgien-major du régiment de grenadiers, M. J.-B. Moreira, une information détaillée de toutes les circonstances de la maladie (2); ensuite il procéda lui-même à quelques investigations dans les casernes du même régiment, et adressa un rapport à Son Excellence le ministre de la guerre sur les mesures qu'on croyait devoir être adoptées (3). Le 24 du même mois, Son Excellence le ministre de la guerre, M. A.-M.-G. Ferreri invita une commission composée de médecins civils et militaires nommés par lui-même, — « à s'informer des causes de l'ophthalmie épidémique du régiment des grenadiers de la reine, et à indiquer les moyens convenables pour son extinction, en en déterminant aussi le traitement le plus avantageux. (4) » Après cela, l'ophthalmie est le sujet d'autres études faites par MM. Moreira et Seixas (5), par une commission de la Société des sciences médicales de Lisbonne (6), par feu le docteur Florent Cunier, qui a été consulté par le ministre de Portugal à Bruxelles, M. le comte d'Azinhaga (7), par M. J.-P. d'Almeida, chirurgien inspecteur dans les 3e et 4e divisions militaires (8), par beaucoup de médecins civils et militaires, qui ont porté le plus vif intérêt à la question, et plus tard encore par M. J.-B. Leão,

(1) Nous sommes heureux de pouvoir dire ici que les plus forts contradicteurs de nos idées et des faits que nous signalâmes, nous ont rendu, quelques mois après, pleine justice. Un de nos confrères, M. A.-J. d'Abreu, s'est même exprimé à ce sujet avec une franchise très-louable, malgré le silence qu'il a cru devoir garder sur le nom de celui dont il adoptait les idées.

(2) Dépêche du 22 novembre 1849, adressée au Conseil de santé de l'armée. *Jornal da Sociedade das sciencias medicas*, août 1850.

(3) Rapport du 30 novembre 1849. Document inédit.

(4) Rapport de MM. Beirão et Pulido, du 5 décembre 1849, publié dans le *Diario do governo*, n° 302 du 22 décembre.

(5) Dépêche publiée dans le *Diario do governo*, n° sus-indiqué.

(6) *Jornal da Sociedade das sciencias medicas de Lisboa*, janvier 1850. La commission était composée de MM. Simas (rapporteur), Magalhães Coutinho et Guerreiro.

(7) *Jornal da Sociedade das sciencias medicas de Lisboa*, nos de mars et juin 1850.

(8) *Relatorio sobre a ophthalmia do regimento d'infanteria 3*; dans la *Gazeta medica do Porto*, nos 205 et 206.

chirurgien militaire, qui avait été à même de bien observer l'ophthalmie belge, et à qui le gouvernement portugais en avait recommandé l'étude (1). Les recherches de bien d'autres médecins ont donné lieu à plusieurs travaux; nous indiquerons entre autres ceux de M. F.-J. de Moraes (2), de M. A.-G. de Valle (3), de M. J.-C. Mendes, chirurgiens militaires (4), les différents articles du professeur de clinique médicale à l'École de Lisbonne, feu le docteur Lima Leitão (5), et encore ceux de M. le docteur J. C. Loureiro (6).

La discussion qui a eu lieu dans la Société des sciences médicales de Lisbonne s'est nourrie de presque tous ces travaux. Cette discussion a excité le plus grand intérêt parmi les médecins civils et militaires, et a été soutenue avec beaucoup d'éclat (7).

Quelles conséquences ont eues tous ces efforts réunis pour l'éclaircissement des questions qu'on avait tant à cœur de résoudre? Quel profit y a-t-il eu pour l'étiologie de la maladie, pour son diagnostic, pour son traitement et sa prophylaxie? Quelle a été l'opinion générale à l'égard de la question tant débattue de la contagion?

Sept années se sont déjà écoulées depuis que l'ophthalmie militaire a fait son apparition en Portugal, et maintenant bien peu d'intérêt ressortirait de tous ces travaux, où n'existe peut-être plus la signification des idées et des opinions que chacun professe aujourd'hui sur cette opiniâtre maladie. Il nous suffit de savoir que, — quant à la nature de l'ophthalmie, les uns la regardaient comme étant celle à laquelle a été donné le nom de *militaire* ou *belge* (MM. Simas, Magalhães Coutinho, Guerreiro, Pulido et Beirão), et pouvant être d'origine blennorhagique (MM. Beirão et Pulido); les autres la considéraient comme catarrhale (MM. Moreira, Moraes, Valle, Loureiro, Leão, etc.), ou comme endémique (docteur Lima Leitão);—que relativement à la cause, les uns la rapportaient à une constitution médicale régnante, les autres à des conditions de localité; d'autres encore étaient dans le doute et ne trouvaient pas de solution possible, après avoir fait l'énumération de toutes les causes, plus ou moins plausibles, qui ont été invoquées pour l'explication du développement de l'ophthalmie; — que sur la symptomatologie, les interprétations étaient différentes, malgré la précision du cadre qui a été fait de la maladie par les membres commissionnés de la Société des sciences médicales (MM. Simas, Magalhães Coutinho et Guerreiro) et par le chirurgien-major du 10e régiment d'infanterie, M. F.-J. de Moraes; — que quant au traitement, on trouvait l'énumération des moyens cités dans un travail du docteur Cunier (MM. Beirão et Pulido), la recommandation de la méthode de MM. Fallot et Loiseau, et de celle de M. Buys, et d'autres encore qui tendaient à combattre plutôt l'ophthalmie que le phénomène granulations; — que relativement, enfin, à la prophylaxie, incertaine comme elle était, l'étiologie étant elle-même méconnue, tous les travaux, plus ou moins détaillés, indiquaient les précautions d'hygiène générale, la création d'hôpitaux

(1) *O Escholiaste medico*, n° 1 de la 2e série, juillet 1851.

(2) *Algumas palavras sobre a ophthalmia que tem grassado no regimento de granadeiros da rainha. Jornal da Sociedade das sciencias medicas de Lisboa*, février 1850.

(3) *Consideraçôes sobre a ophthalmia que tem grassado em differentes corpos do nosso exercito*, dans le journal ci-dessus mentionné: *Indagaçôes clinicas sobre a ophthalmia do exercito portuguez*, dans l'*Escholiaste medico*, juillet et août 1851.

(4) *Gazeta medica do Porto*, nos 203 et 210.

(5) Voyez, entre autres, les nos 47, 49, 71, 72 et 74 du journal *O Esculapio*, 1850.

(6) *Escholiaste medico*, nos 3, 4, 12, 14 et 20 de la 2e série.

(7) Nous nous faisons un devoir de nommer ici les médecins civils MM. Simas, Candido da Costa, Beirão, Pulido et Magalhães Coutinho, ainsi que MM. Moraes, Moreira et Abreu, chirurgiens militaires.

spéciaux, d'infirmeries de convalescents, la séquestration des affectés, etc. Pour ce qui concerne la grande question de la contagion, celle qui avant tout devait attirer l'attention, car c'était à elle de justifier la légitimité de certaines mesures, les uns se prononçaient pour l'affirmative, en cherchant la voie de la contagion non-seulement dans la transmission directe, mais encore dans l'infection (MM. Beirão et Pulido); les autres l'acceptaient avec beaucoup de réserve (M. Valle, etc.); d'autres, tout en la regardant comme l'ophthalmie belge, doutaient de la contagion, en thèse générale, et l'admettaient franchement dans l'ophthalmie aiguë et grave (MM. Simas, Magalhães Coutinho et Guerreiro); d'autres niaient plus ou moins ouvertement la contagion, en s'appuyant sur certains faits d'immunité des officiers, des sergents, des gardes-malades, etc. Il y en eut, pourtant, qui, dès le commencement de l'épidémie, acceptèrent l'ophthalmie de l'armée portugaise comme franchement transmissible, ayant reconnu comme bien démontrées les idées de M. Desmarres, qui établit en principe que l'ophthalmie granuleuse (catarrhale) est toujours contagieuse si elle est en même temps épidémique. L'opinion de ceux de nos confrères qui pensaient de cette manière, a été celle que nous avons émise, et que nous avons vu partager par d'autres médecins après quelques mois d'observation. Nous citerons un grand nombre de preuves réunies dans un rapport de M. J.-P. d'Almeida, auquel nous aurons bientôt à recourir.

Voilà donc, Messieurs, un court résumé des premiers faits, et les interprétations qu'ils ont reçues. L'histoire de l'ophthalmie militaire portugaise n'est-elle pas, comme nous l'avons dit, la même, à peu près, que celle de cette même affection en Belgique, en Italie, en Danemarck? Nous croyons que celui qui, dès le premier jour de l'irruption d'une maladie épidémique observée pour la première fois dans une localité, prédira de semblables événements, en aura écrit d'avance l'histoire. Il y a plus : c'est que la même chose est arrivée pour le choléra-morbus, maladie parfaitement connue par sa symptomatologie dans notre continent.

Tout près du Portugal, en Galice (Espagne), tous ces doutes, tous ces conflits d'opinions, toutes ces hésitations de mesures à prendre ont eu lieu lorsque le choléra-morbus a pénétré dans le lazaret de St.-Simon (à Vigo) et de là s'est étendu dans cette province d'Espagne en 1854 !

Les mesures que le gouvernement portugais a cru devoir adopter, après les enquêtes auxquelles il a fait procéder, ont été : l'organisation d'un hôpital spécial pour le traitement des ophthalmiques; le déplacement des grenadiers, envoyés dans une autre caserne; les visites sanitaires générales et journalières dans tous les régiments de la garnison, afin d'isoler immédiatement tous les nouveaux affectés; la recommandation des plus grands soins de propreté sur les individus et dans les casernes; l'établissement de salles pour les convalescents, où étaient reçus les soldats affectés de granulations; plus tard, l'organisation d'un autre hôpital, etc.

Quant à ce qui concerne l'ophthalmie qui faisait ses ravages dans le 3e d'infanterie, à Vianna-do-Castello, la marche insidieuse de la maladie, dont la gravité a été seulement reconnue après plusieurs cas de purulence et d'accidents les plus sérieux, n'a donné lieu à de pareilles mesures qu'un peu tard peut-être; mais enfin elles ont été adoptées lorsque le Conseil de santé a eu connaissance de l'ophthalmie, et, dans ces circonstances, avec d'autant plus d'énergie qu'on avait déja plusieurs aveugles.

L'année de 1850 a trouvé l'épidémie dans l'état auquel nous avons fait allusion jusqu'ici. L'expérience de cinq mois en avait dit assez pour que les médecins militaires s'apprêtassent à combattre un si redoutable ennemi; et

c'est en effet dans cette même année que l'épidémie a pris son plus grand développement, en faisant redoubler tous les efforts pour la maîtriser.

L'étendue de la maladie en 1850 est représentée par le chiffre de 2,825 ophthalmiques entrés dans les hôpitaux militaires, — nombre extraordinairement élevé, même si l'on fait la soustraction d'un certain nombre de soldats qui ont été plus d'une fois à l'hôpital. En effet, l'ophthalmie exerçait non-seulement ses ravages dans les régiments qui avaient été affectés depuis le commencement de l'épidémie, mais se montrait encore çà et là dans quelques autres. L'épidémie a continué à sévir particulièrement dans le 3e d'infanterie, où il y a eu presque autant des soldats atteints que dans les régiments les plus affectés à Lisbonne. Dans la place d'Elvas, la garnison a commencé aussi à souffrir. Enfin, dans le 1er de chasseurs, où nous étions alors chirurgien-major, quelques ophthalmies granuleuses s'y manifestaient toujours.

Le résumé qui suit fait voir le nombre des affectés dans les corps qui l'ont été davantage dans le courant de 1850 :

1er Régiment d'artillerie (Lisbonne).	136
2e Régiment d'artillerie (Elvas et Lisbonne).	67
2e Régiment de lanciers (Lisbonne)	111
8e Régiment de cavalerie (Castello-Branco)	50
1er Bataillon de chasseurs (Saint-Ubes).	127
2e Bataillon de chasseurs (Lisbonne).	445
8e Bataillon de chasseurs (Lisbonne et Castello-Branco)	28
Régiment de grenadiers (Lisbonne)	430
1er Régiment d'infanterie (Lisbonne)	144
3e Régiment d'infanterie (Vianna-do-Castello).	413
4e Régiment d'infanterie (Elvas)	64
10e Régiment d'iefanterie (Lisbonne)	438
16e Régiment d'infanterie (Lisbonne)	183
17e Régiment d'infanterie (Elvas)	61
Dépôt des prisonniers (Lisbonne)	96

Les mesures que cette extension de l'ophthalmie a fait adopter ont été encore : — la recommandation aux officiers du génie de chacune des divisions militaires de s'entendre avec les médecins militaires, pour déterminer, d'après la capacité en mètres cubes de chaque caserne, le nombre de soldats qui y devaient être reçus; — l'interdiction expresse de dépasser le nombre de ces soldats, sous aucun prétexte; — l'établissement de visites sanitaires fréquentes, afin de surveiller la propreté des soldats et de séquestrer tous ceux qui seraient affectés, quelque légèrement que ce fût; — la ventilation journalière des lits; — l'inspection des cols, qui devaient être assez larges pour ne pas comprimer le cou; — la régularité dans les ablutions quotidiennes, en faisant toujours renouveler l'eau; — la fourniture d'essuie-mains pour chaque soldat; — l'usage des bains dans la saison convenable, une fois par semaine; — le nettoiement des environs de chaque caserne; — la désinfection des fosses d'aisance et des égoûts; — le choix des heures les plus convenables pour les exercices et les manœuvres, qui ne devaient toutefois pas durer longtemps; — l'inspection de toutes les denrées alimentaires, et en particulier du pain, afin de connaître leurs qualités; — l'établissement d'une salle, dans chaque caserne, pour recevoir et conserver, entièrement isolés, les convalescents sortis des hôpitaux et ceux qui seraient en observation; — l'exemption du service journalier de tous ceux qui s'y trouvaient; — la recommandation à tous

les chirurgiens militaires de donner les plus grands soins à tout ce qui serait du domaine de l'hygiène ; — la détermination de faire surveiller tout ce service par les chirurgiens-inspecteurs; — le traitement de tous les soldats dans les hôpitaux jusqu'à la parfaite extinction de la maladie; — l'observation de ceux qui seraient sortis des hôpitaux et qui devaient être conservés dans les salles de convalescence pendant tout le temps nécessaire pour acquérir la certitude de leur guérison ; — l'autorisation d'envoyer les aveugles dans les corps de vétérans; — enfin, l'on a statué qu'un chirurgien de chaque division militaire viendrait à Lisbonne pour bien observer l'ophthalmie et suivre le traitement qu'on y faisait subir aux malades (1).

Malgré tous ces soins et ces précautions, l'ophthalmie n'a pas décliné aussi rapidement qu'on devait s'y attendre, bien que, nonobstant les idées de non-contagion et les doutes qu'elle soulevait encore, le principe contraire eût été respecté dans toutes les dispositions de l'autorité.

Les soins médicaux qu'on a donnés aux ophthalmiques dans les hôpitaux n'ont pas été moins scrupuleux. Dans celui qui a été organisé à Belem (hôpital du 1er d'infanterie), le traitement se faisait d'après les méthodes les plus prônées en ce temps-là, en les modifiant d'ailleurs suivant une foule de circonstances, qui le rendaient, pour ainsi dire, différent pour chaque cas.

L'azotate d'argent y a occupé la première place, employé quelquefois en collyre d'une force variable (5 à 15 centigr. par 32 gr. d'eau) contre les symptômes primitifs de l'ophthalmie, vierge de tout traitement. A côté de ces moyens, on a fait usage des collyres avec le sulfate de cuivre, le sulfate de zinc, l'eau de Goulard, etc., en essayant aussi les applications avec le crayon d'azotate d'argent, dans le but d'arrêter le développement de la phlogose. Mais les suites n'ont pas été celles que l'on attendait. L'ophthalmie parcourait toujours ses différentes périodes, lesquelles se montraient toutefois plus lentes chez les malades traités par l'eau simple ou mêlée à l'eau de Goulard (2).

Lorsque l'inflammation siégeait à la fois sur toute la conjonctive palpébrale et dans le repli; quand il y avait de la tuméfaction et de la sécrétion de mucosité, on commençait le traitement par une saignée et un purgatif salin. Si la phlogose affectait aussi toute la conjonctive bulbaire, en s'accompagnant de photophobie plus ou moins forte, de cornée terne, de sécrétion muqueuse augmentée, on employait les sangsues et les collyres à l'azotate d'argent (5 centigrammes pour 32 grammes d'eau). Les collyres plus forts n'étaient pas aussi avantageux, et chez quelques malades qui, dans ces conditions, ont été soumis à la cautérisation, la phlogose s'est accrue, en donnant lieu quelquefois à des accidents très redoutables.

Le développement de la purulence, comme période d'invasion, était un phénomène très rare; mais, soit primitif, soit secondaire, on le traitait toujours par les solutions de nitrate d'argent, à la dose de 1 gramme 6 décigrammes pour 32 grammes de liquide. Quelquefois aussi on employait l'azotate pur. Ces moyens étaient secondés par les saignées, les dérivatifs sur le canal intestinal, l'excision du chémosis, les injections répétées avec de l'eau froide, les com-

(1) *Instrucções em respeito a ophthalmia militar. Ordem do exercito*, n° 22 du 27 avril et n° 27 du 6 juin 1850.

(2) Tous ces renseignements et presque tous ceux qui concernent la thérapeutique employée dans le commencement de l'épidémie, nous les avons tirés d'une note qui a été écrite par le directeur de l'hôpital d'ophthalmiques, à Belem, et qui a fait partie du rapport de la commission de la Société des sciences médicales. (Voyez le n° 2, de 1850, du journal de cette Société.) Pour ce qui est de l'expérience acquise sur la thérapeutique et les moyens employés actuellement, nous en ferons un chapitre à part.

presses trempées dans l'eau de Goulard affaiblie, et successivement, quand l'inflammation était tombée, par les collyres de nitrate, mais très-faibles aussi. L'emploi du cyanogène a été depuis cette époque le moyen par excellence pour combattre la photophobie,— phénomène qui, d'ailleurs, n'était pas toujours en relation avec les autres symptômes.

Aussitôt que l'inflammation était arrivée à son terme, ou qu'elle était assez diminuée pour rester stationnaire, les granulations commençaient à être le but du traitement, et les cautérisations avec le nitrate d'argent faisaient presque tous les frais de la thérapeutique, selon les méthodes et avec les soins qu'on avait déjà établis en Belgique, ou que l'expérience conseillait aux médecins.

L'application de l'acétate de plomb neutre et l'excision des granulations ont été parfois essayés à l'hôpital de Belem; mais la méthode de M. Buys n'a pas répondu à l'espoir des médecins, et l'excision n'a pas semblé devoir être préférée à la cautérisation par le sel lunaire dans le petit nombre d'ophthalmies où celle-là était indiquée.

Enfin, dans la période stationnaire, parmi beaucoup d'autres moyens, on essaya la pommade de précipité rouge, la même avec du camphre, la pommade de nitrate d'argent, etc. Au nombre des applications dont l'utilité a été nulle ou très-douteuse, nous trouvons : — le proto-chlorure de mercure, les sétons, les vésicatoires et les exutoires, à Lisbonne; les collyres astringents, végétaux et minéraux, de cachou, de sulfate de zinc, de ratanhia, d'écorce de chêne, alumineux, de sulfate de cuivre, etc., auxquels on a eu recours à Vianna-do-Castello (1); le tannin et l'iode essayés à Lisbonne par M. A.-G. do Valle (2), et enfin, un collyre que son auteur, M. L.-M. d'Assumpção, a cru devoir être préféré à l'azotate d'argent, et qui était composé de plusieurs substances (3).

Voilà, en peu de mots, le traitement que presque tous les chirurgiens militaires ont suivi à cette époque, en y joignant toutefois d'autres moyens qui étaient réclamés par les complications de la maladie. Nous pourrions ajouter le résultat de notre expérience personnelle; mais comme elle n'en diffère pas beaucoup, nous avons cru préférable de présenter les idées pratiques de ceux de nos confrères qui ont eu le plus d'ophthalmiques confiés à leurs soins.

Parmi les moyens qui ont été proposés cette année pour empêcher la marche de l'épidémie, nous trouvons celui de renvoyer les soldats affectés dans le pays de leur naissance, en les congédiant temporairement. Le Conseil de santé de l'armée, afin de procéder d'accord avec les opinions des chirurgiens de la garnison de Lisbonne, a organisé une conférence, qui a eu lieu au ministère de la guerre le 19 mars 1850. La question a été débattue, et l'on s'est prononcé

(1) Rapport du chirurgien inspecteur, M. J.-P. d'Almeida. *Gazeta medica do Porto*, n[os] 205 et 206.

(2) *Indagações clinicas sobre a ophthalmia do exercito portuguez. Escholiaste medico*, juillet et août 1850.

(3) Voici la formule :

Alcool à 30° . . . . Vinaigre fort.	℥ aa 32 grammes.
Deuto-chlorure de mercure. . . . . . Alun . . . . Camphre pulv. . . . . Lytharge.	℥ aa 2 grammes.

M., pour appliquer avec un pinceau.

contre l'opportunité de cette mesure. L'expérience acquise en Belgique a été pour beaucoup dans cette résolution.

Les choses s'étant ainsi passées, il ne restait plus qu'à insister sur les mesures de prophylaxie et sur la thérapeutique que l'expérience indiquait comme la plus profitable. Et si nous n'avons pas enrayé la marche de l'épidémie, si le décroissement n'en a pas été très considérable, nous avons cependant préparé une amélioration sensible, comme on peut le voir par le nombre des affectés en 1851.

Sans doute cette amélioration pourrait être plus marquée, à notre avis. Il y a eu un certain nombre de causes qui ont fait échouer bien des mesures de prophylaxie, et parmi elles se trouve peut-être l'organisation de l'armée, datée du 20 décembre 1849. Cette loi a donné lieu, dans le courant de 1850, à un grand nombre de mutations de soldats d'un régiment dans un autre, et de cette manière l'ophthalmie s'est peut-être introduite dans quelques corps qui ne l'avaient pas. Ainsi, l'organisation a créé à Elvas le 17e d'infanterie avec les contingents d'autres corps, en particulier du régiment de grenadiers, et il est tout naturel d'attribuer à cette circonstance l'ophthalmie qui depuis ce temps a commencé à sévir dans les régiments de la garnison de cette place. La marche du 12e d'infanterie, à cette époque, a de même contribué, si elle n'en a pas été la seule cause, au développement de l'ophthalmie dans ce régiment. Le 12e d'infanterie est venu à Lisbonne quand l'épidémie y faisait déjà ses ravages; il est parti peu de temps après pour la ville da Guarda, et là l'ophthalmie a pris graduellement de grandes proportions. Par contre, le 2e de chasseurs, qui est venu de Guarda à Lisbonne, a été plus affecté qu'aucun autre corps de la garnison de la capitale (445 entrés dans l'hôpital d'ophthalmiques, en 1850).

On pourrait de la sorte suivre le développement de la maladie dans d'autres régiments. Ainsi nous croyons que telle a été la source de l'ophthalmie dans le 8e de cavalerie, à Castello-Branco. Le 8e de chasseurs comptait déjà quelques ophthalmiques quand il a fait une marche sur cette ville, où il est resté quelque temps caserné, en venant de Lisbonne; et depuis cette époque, le 8e de cavalerie a présenté plusieurs ophthalmiques, ce qui n'avait pas eu lieu jusqu'alors.

Ces idées, on le voit bien, nous les émettons comme des opinions tout à fait personnelles, et en nous appuyant sur le fait de la contagion ; car notre manière de voir à cet égard, comme nous le dirons plus tard, reconnaît une double source à l'ophthalmie. Et pourtant dans tout cela il ne faut pas s'en rapporter à qui que ce soit, parce que certaines exigences du service et de la discipline se trouvent quelquefois en opposition avec toutes les autres.

Voici quels ont été les corps les plus affectés dans le courant de 1851 :

1er Régiment d'artillerie (Lisbonne)	49
2e Régiment d'artillerie (Lisbonne et Elvas)	107
2e Régiment de lanciers (Lisbonne)	69
8e Régiment de cavalerie (Castello-Branco)	80
1er bataillon de chasseurs (Lisbonne et Saint-Ubes)	133
2e bataillon de chasseurs (Lisbonne)	309
8e bataillon de chasseurs (différents points)	22
9e bataillon de chasseurs (Porto)	25
Régiment de grenadiers (Lisbonne)	202
1er Régiment d'infanterie (Lisbonne)	198
3e Régiment d'infanterie (Vianna-do-Castello)	117

4e Régiment d'infanterie (Elvas)	95
6e Régiment d'infanterie (Porto)	31
10e Régiment d'infanterie (Lisbonne)	166
12e Régiment d'infanterie (Guarda)	41
15e Régiment d'infanterie (Lagos)	52
16e Régiment d'infanterie (Lisbonne)	129
17e Régiment d'infanterie (Estremoz)	51

L'épidémie avait beaucoup perdu de son intensité, en épargnant davantage es corps affectés depuis le commencement; mais, en revanche, elle s'était disséminée presque par toute l'armée et dans les prisons. Le chiffre en était toutefois moins considérable que l'année précédente.

En 1852, nous avons vu continuer le décroissement commencé en 1851. Dans quelques régiments, il y a eu plusieurs exacerbations de très peu d'importance.

Les régiments les plus affectés par l'ophthalmie ont été :

1er Régiment d'artillerie (Lisbonne)	18
2e Régiment d'artillerie (Elvas et Lisbonne).	21
2e Régiment de lanciers (Lisbonne)	7
8e Régiment de cavalerie (Castello-Branco)	56
1er Bataillon de chasseurs (Lisbonne).	74
2e Bataillon de chasseurs (Lisbonne).	51
5e Bataillon de chasseurs (Lisbonne).	31
9e Bataillon de chasseurs (Porto)	19
1er Régiment d'infanterie (Lisbonne)	13
3e Régiment d'infanterie (Vianna-do-Castello)	37
4e Régiment d'infanterie (Elvas)	15
10e Régiment d'infanterie (Lisbonne)	135
12e Régiment d'infanterie (Guarda)	34
15e Régiment d'infanterie (Lagos).	119
16e Régiment d'infanterie (Lisbonne)	59
17e Régiment d'infanterie (Estremoz)	43
Régiment des grenadiers (Lisbonne)	94

Les mesures adoptées par l'autorité, et les moyens employés dans les hôpiaux ont été les mêmes que dans l'année 1851 ; mais nous eûmes de plus une pinion presque arrêtée sur la valeur des bains de mer, qu'on avait déjà ssayés avec des résultats très douteux.

C'est à M. Sa Mendes, alors directeur de l'hôpital d'ophthalmiques à Belem, u'on doit les renseignements qui suivent, et encore bien d'autres que nous urons occasion de citer dans notre travail. Après plusieurs considérations, ue nous nous abstiendrons de citer, M. Sa Mendes conclut : — que les bains e mer ne produisaient pas toujours des effets salutaires sur les malades tteints d'ophthalmie militaire; — que quelquefois, pour en obtenir les effets ésirables, ils devaient être secondés par les cautérisations avec le nitrate 'argent; — que, chez quelques malades, les bains, hâtant le développement es granulations, étaient alors plus nuisibles qu'avantageux; — que, au conaire, l'efficacité des bains était remarquable dans les cas où les conjonctives résentaient seulement des traces de l'ophthalmie; — mais aussi, comme l'acon des bains n'était pas la même sur tous les malades, et dans les différents tats et aux diverses époques de la maladie, on avait besoin d'épier, pour

ainsi dire, les idiosyncrasies, les occasions et les conditions plus favorables, pour qu'il en résultât quelque profit (1).

On avait beaucoup compté sur les bains de mer, surtout dans les ophthalmies longtemps traitées dans les hôpitaux, et pourtant, comme on le voit, l'expérience n'en a pas démontré la constante utilité. Certains ophthalmiques, en outre, qui presque depuis le commencement de l'épidémie entretenaient le mouvement dans les hôpitaux, exigeaient des mesures particulières, car l'état de ces malades était empiré par le long séjour dans ces établissements. Dans une note écrite par M. Sa Mendes (2), notre honorable confrère disait : — « L'état dans lequel se trouvent quelques-uns de ces malades est bien déplorable (il parle de quelques ophthalmiques qui depuis longtemps étaient à l'hôpital de Belem) ; cet état fait leur désespoir et celui du médecin. Les uns sont affectés de granulations charnues, cartilagineuses, résistant avec tant d'opiniâtreté, qu'après quelques mois de traitement, elles sont encore stationnaires, ou l'on ne les voit céder que pour reparaître après quelque temps. Les autres ont les paupières épaisses, dures; les conjonctives rouges, baveuses et irrégulières à leur surface palpébrale, résultat des ulcérations et des cicatrices qu'y produisent les cautérisations employées à détruire les granulations, lesquelles se montrent d'ailleurs sur tous les points qui ne sont pas encore ulcérés ou cicatrisés. On en voit quelques-uns dans l'état qui vient d'être décrit et, accompagnés de plus ou moins de photophobie et d'épiphora ; là tout traitement est insuffisant. Dans les autres, enfin, on rencontre tout ou partie de ce qu'on vient de dire, compliqué avec les pannus, les ulcères, les cicatrices et les opacités kératiques, et en outre, des kératites, des hernies de l'iris, des synéchies, des symblépharons, de la cécité d'un ou des deux yeux (3). A ces différents états vient s'ajouter une complication terrible, le scorbut, qui avait déjà fait ses ravages quelquefois, et qui se montre à présent d'une manière remarquable, non pas par son intensité, mais bien par le grand nombre de malades qu'il assaillit..... Cette dernière affection est entièrement due au long séjour dans l'hôpital, au genre d'alimentation, non insuffisante, mais très peu excitante et variée, et encore à la dépression morale où l'on trouve plongés les ophthalmiques, accablés par l'idée d'une maladie dans laquelle ils ne voient plus aucun soulagement. »

C'était pour ces malades que M. Sa Mendes demandait des mesures. Il proposait, entre autres, l'établissement d'une maison de convalescence à la campagne, où les malades étant dans des conditions plus favorables, on pouvait faire mieux réussir le traitement chirurgical. M. Sa Mendes avait vu beaucoup de malades devenir granuleux en très peu de jours ; d'autres, chez qui les granulations se montraient tour à tour à la paupière supérieure et à l'inférieure, ou *vice-versâ*, ou dans un œil ou dans l'autre, et tout cela sans qu'il y eût d'autre raison que le long séjour des ophthalmiques à l'hôpital.

Le gouvernement a très bien saisi la part qui lui revenait dans les considérations d'un chirurgien qui était à même d'apprécier ce qu'il fallait faire ; mais l'occasion n'est pas venue en aide à ses projets. Quelques mesures d'une importance secondaire ont été prises, et malgré le peu d'espoir qu'on avait en eux, on a essayé encore une fois les bains de mer.

La saison des bains étant passée, d'autres mesures devenaient nécessaires

(1) *Algumas consideraçòes a respeito dos banhos do mar na ophthalmia granulosa. Escholiaste medico*, n° 5 de la 2e série.

(2) *Escholiaste medico*, n° 50 de la 2e série.

(3) M Sa Mendes n'employait pas à cette époque contre les granulations le traitement auquel il a recours aujourd'hui avec beaucoup de succès, et dont nous aurons encore à nous occuper.

pour assurer un succès plus remarquable dans l'année 1853. Ainsi l'idée d'un congé temporaire est venue pour la seconde fois, mais avec de certaines restrictions qui permettraient d'en tirer tout profit, sans courir les dangers qui avaient fait renoncer à cette mesure en 1850. Le ministère de la guerre, sur la proposition du conseiller chirurgien en chef, M. J.-A. dos Santos Teixeira, a résolu que l'inspection la plus minutieuse serait faite dans tous les régiments pour classer les ophthalmiques selon les conditions suivantes:

1° Tous les ophthalmiques qui auraient été très souvent et pour très longtemps dans les hôpitaux, ou qui auraient été dans les établissements de convalescence sans parvenir à être guéris d'une manière durable, en étant toutefois dans les conditions à pouvoir se rendre dans leurs pays sans risque immédiat de devenir aveugles, ou de voir leur état empirer, — devaient être congédiés.

2° Tous ceux qui, par les raisons déjà mentionnées, ne laissaient aucun espoir de guérison, mais qui auraient les organes de la vue compromis d'une manière plus ou moins grave, entreraient dans les corps de vétérans.

3° Ceux qui souffriraient d'affections susceptibles de guérison seraient conservés dans les hôpitaux jusqu'à un résultat définitif.

La réalisation de ces mesures a été suivie de l'extinction des infirmeries de convalescents dans les casernes; car, malgré tous les soins, on n'était jamais parvenu à obtenir une parfaite séparation des ophthalmiques, comme il le fallait.

Et, sans aucun doute, ces mesures étaient encore très sérieuses, car elles pouvaient, en définitive, donner lieu au congé de quelques soldats affectés de granulations. Toutefois, les circonstances exigeaient impérieusement quelque mesure, dans le but de mettre fin à l'état d'incapacité pour le service où se trouvaient un certain nombre de soldats, et de prévenir les fâcheux résultats du long séjour dans les hôpitaux, pour les ophthalmiques qui n'avaient plus rien à attendre pour leur soulagement. Les résultats, jusqu'ici, n'ont fait pourtant que confirmer la justesse de vues qui a dicté ce pas un peu hardi.

Nous voyons, en effet, que, dans l'année 1853, l'ophthalmie est arrivée à des proportions très favorables (voyez la statistique au commencement de ce travail), et aujourd'hui tous les ophthalmiques de la garnison sont réduits à un petit nombre, de manière à pouvoir être reçus dans une salle, qui n'est jamais pleine, à l'hôpital militaire de Lisbonne.

Pour ce qui concerne les régiments des provinces, nous pouvons assurer la même chose, et c'est à peine si l'on voit encore quelques granuleux en traitement. La statistique en doit être très favorable, mais elle n'est pas encore faite pour l'année 1856 à 1857. La seule exception existe dans le 12e régiment d'infanterie, car il a eu, dans le courant de 1856, une forte exacerbation de l'ophthalmie, contre laquelle on a cru convenable d'adopter différentes mesures, entre autres le déplacement du corps, en en séquestrant tous les affectés, ceux même qui l'étaient très-légèrement.

Le nombre de soldats congédiés à la suite de la mesure adoptée vers la fin de 1852 a été de 159, et celui des ophthalmiques qui sont entrés dans les corps de vétérans de 31. Et nous devons ajouter que, si quelques-uns ont vu leurs souffrances s'augmenter, bien d'autres ont tiré des avantages assez marqués du changement dans les conditions auxquelles ils étaient soumis. Nous avons observé un de ces soldats qui était parfaitement guéri, on peut le dire, sans que la médecine y eût été pour rien. C'est que, en effet, l'absence de certaines conditions particulières aux hôpitaux et aux casernes doit avoir autant d'influence sur la guérison, ou du moins, pour que le mal ne s'exagère pas, que ces conditions elles-mêmes ont une incontestable valeur dans la pro-

duction de l'ophthalmie et de sa conséquence — la granulation (1). M. Fallot a dit quelque part : — *On guérit les granulations, mais elles ne guérissent pas.* L'apophthegme de l'éminent médecin militaire belge nous semble infiniment vrai sous le rapport de l'opiniâtreté de la maladie. Mais aujourd'hui on pourrait dire encore : *Les granulations guérissent même quand on ne les guérit pas.* M. Sa Mendes, dont l'expérience sur ce sujet est toujours consultée avec fruit, a très clairement exprimé cette opinion ; seulement, la guérison spontanée des granulations est un fait malheureusement très rare.

Mais l'ophthalmie est-elle anéantie dans l'armée portugaise?

Les ophthalmiques qu'on voit le plus souvent à l'hôpital militaire de Lisbonne sont pour la plupart ceux qui, affectés depuis longtemps, viennent aujourd'hui chercher remède à des accidents qui se présentent surtout du côté de la cornée. Ces malades ont presque tous aussi des granulations charnues et très anciennes; et nous verrons avec quel avantage M. Sa Mendes maîtrise ces états, grâce aux moyens qu'il a dernièrement adoptés. Cependant, on trouve encore à l'hôpital quelques ophthalmiques affectés depuis très peu de temps; et malgré la rareté de ces cas, ils ont une signification réelle pour le jugement qu'on doit porter sur l'état de l'ophthalmie en Portugal. D'ailleurs, on voit dans la garnison de Lisbonne beaucoup de soldats affectés de petites granulations, sous la forme de sable très fin, entassées aux angles conjonctivo-palpébraux, spécialement aux angles externes, et d'autrefois encore quelques vésicules, soit éparses, soit rangées sur les bords adhérents des tarses. Dans ces états, M. Sa Mendes croit ne devoir pas faire de traitement à l'hôpital, car il a vu, en cherchant à combattre ces granulations, soit par des moyens énergiques, soit par d'autres moins actifs, que la maladie se développait, et il s'ensuivait quelquefois des états très graves au lieu d'une légère affection (2). M. Sa Mendes a suivi beaucoup de ces cas pendant longtemps, sans y voir aucune sorte d'accroissement, ni d'incommodité pour les hommes affectés de ces granulations.

En mettant de côté les réflexions que nous suggèrent ces faits, nous devons convenir, à l'égard de la question qui nous occupe, que l'ophthalmie est loin d'être éteinte dans l'armée portugaise. Sous l'influence de causes qui seront peut-être toujours ignorées dans leur nature intime, il est bien possible que l'ophthalmie puisse prendre des proportions plus redoutables, très redoutables même. Le germe de la maladie peut être conservé et couver, pour ainsi dire, parmi les soldats, pour éclater plus tard. Tout cela est possible, selon les idées que nous avons actuellement sur la contagion et sur les causes prédisposantes.

Dans une autre partie de notre travail, nous tâcherons d'éclaircir plusieurs questions que nous avons seulement énoncées, et de plus nous en ferons ressortir quelques conclusions. Quant à ce qui a rapport à l'histoire, proprement dite, de l'ophthalmie militaire en Portugal, ce que nous en avons écrit nous paraît suffisant.

Nous ajouterons, à titre de renseignement, que le nombre de soldats qui ont été placés dans les corps de vétérans, à la suite de ces maladies oculaires (ophthalmie granuleuse et ses complications), a été, depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au mois d'avril 1857, bien minime : 152, dont 55 aveugles

(1) Ces idées sont d'accord avec ce que nous pensons des causes de l'ophthalmie, au moins des causes prédisposantes. On verra dans la suite de ce travail comment nous avons été conduit à penser de cette manière.

(2) Annotations à un travail de M. Meynne : *Observations pratiques sur la conjonctivite. Escholiaste medico*, n° 55 de la 2e série.

les deux yeux. Ce chiffre est surtout très peu considérable, si nous tenons compte de ce que, l'épidémie sévissant depuis huit ans, a donné lieu à l'entrée de plus de 10,000 ophthalmiques dans les hôpitaux militaires. Nous n'avons pas davantage à nous plaindre du nombre des aveugles, vu que, proportion gardée, ce nombre est bien plus élevé dans les autres armées de l'Europe où l'ophthalmie a aussi fait des ravages.

II. — Voie d'introduction de l'ophthalmie; sa diffusion dans l'armée.

Ce n'est pas sans raison que la Commission du Congrès a cru devoir invoquer les recherches qui ont été faites dans les différents pays, au sujet de la voie par laquelle s'est introduite l'ophthalmie granuleuse ou des armées. Nous avons nous-même reconnu, en traitant de l'histoire de l'ophthalmie, que ce point serait d'une grande importance. Si cette question devenait bien claire et précise, nul doute qu'il n'y eût beaucoup à en attendre, soit pour la connaissance de la nature de cette maladie, soit pour son traitement et sa prophylaxie.

Ainsi, convaincu nous-même de l'importance de la question, et ayant fait un abrégé de l'histoire de l'ophthalmie militaire en Portugal, nous allons parcourir toutes les hypothèses raisonnables, ou dignes d'un examen sérieux, qui, depuis le commencement de l'épidémie, ont été présentées ou soumises à la discussion, nous proposant ensuite d'appeler l'attention du Congrès sur ce qui nous semble constituer la solution la plus plausible.

Parlons d'abord de l'importation. L'opinion qui établit cette source pour l'ophthalmie militaire a été accueillie d'une telle façon, qu'il est tout naturel de nous en occuper, en y cherchant l'explication de l'ophthalmie de l'armée portugaise.

En effet, ceux qui, dès le principe, ont regardé notre ophthalmie comme identique à l'ophthalmie belge, ont cherché cette voie d'introduction, et sont même allés jusqu'à la tradition, à défaut de renseignements écrits qui eussent jeté quelque lumière sur une aussi intéressante question. Il y a encore que le docteur Cunier, consulté en 1850 sur l'ophthalmie de l'armée portugaise, non-seulement a émis cette idée, mais a écrit dans les *Annales d'oculistique* (janvier et février) une note détaillée, dans laquelle il prétendait prouver, par les assertions de plusieurs auteurs, et parmi eux, d'Adams et Eschritch, que l'ophthalmie était connue en Portugal depuis la domination des Arabes, et d'une manière plus certaine après l'organisation de l'armée anglo-portugaise qui a fait les campagnes de la Péninsule, les régiments anglais ayant souffert d'une ophthalmie qu'ils avaient contractée aux bords du Nil, à Gibraltar, dans la Sicile, etc.

Quant à nous, nous tenons à combattre toutes ces opinions, qui soutiennent l'importation à l'égard du Portugal, et c'est pour cela que nous demandons à examiner les faits qui ont été invoqués dans ce sens.

Les ophthalmies épidémiques ont été connues dans tous les temps et dans tous les pays. Nous ne croyons pas nécessaire, pour expliquer l'ophthalmie granuleuse qui sévit dans l'armée portugaise, d'aller chercher des renseignements sur les épidémies ophthalmiques qui ont assailli les populations de la Péninsule; de même que personne n'a prétendu voir dans des faits semblables arrivés depuis des siècles dans d'autres parties de l'Europe, la source de l'ophthalmie qui depuis 40 ans s'est déclarée de préférence dans les armées. C'est que, au contraire, on est allé chercher un fait récent, — l'origine égyptienne, — pour donner la raison du développement de l'ophthalmie granuleuse.

Ainsi, nous ne nous arrêterons pas à la considération de ce qu'ont été les épidémies ophthalmiques dont la connaissance est arrivée jusqu'à nous, plus ou moins contrefaite, à défaut d'une observation exacte et d'une description complète.

Ce qu'il faut surtout connaître à l'égard de l'armée portugaise, c'est l'importation de l'ophthalmie, rapportée à 1809, à la suite du débarquement des troupes anglaises qui sont venues prendre part aux campagnes de la Péninsule. Les rapports qui ont existé entre les deux armées, anglaise et portugaise, depuis ce temps jusqu'en 1814, ont été en effet les plus favorables à l'introduction de l'ophthalmie parmi nous, vu que l'existence de cette maladie chez les soldats anglais nous est affirmée par Adams et d'autres encore.

Mais que nous apprend l'histoire à cet égard? Les troupes anglaises qui avaient été en Égypte avaient beaucoup souffert de l'ophthalmie, qui est endémique dans ce pays. En 1801 et 1802, quand l'armée est retournée en Angleterre, la maladie s'y montrait encore quelquefois, mais pas assez pour attirer l'attention et donner de l'inquiétude. C'est seulement en 1805 que l'ophthalmie a pris de très larges proportions. Une circonstance encore est bien à remarquer : c'est que l'ophthalmie ne s'est primitivement montrée dans aucun régiment de ceux qui avaient été en Égypte, car il arrivait en Angleterre quelque chose de pareil à ce qu'on a vu dans l'armée française, où les régiments de l'expédition, après avoir beaucoup souffert, n'étaient plus affectés, ou du moins cette affection n'excitait d'aucune manière l'attention des médecins militaires. L'ophthalmie a éclaté dans le 2e bataillon du 52e régiment anglais, qui était caserné à Hythe (Kent), et venait d'être formé en recevant quelques officiers et soldats du 1er bataillon et 500 recrues volontaires des milices irlandaises. L'histoire de cette ophthalmie, écrite par le docteur Vetch, qui était chirurgien du 52e régiment, fait remonter l'origine de la maladie à quelques soldats qui en avaient souffert. Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins vrai que l'ophthalmie s'est tellement répandue dans le 2e bataillon du 52e, que de 700 hommes qui composaient le corps, 636 sont entrés dans les hôpitaux; 50 sont restés tout à fait aveugles, et 40 ont perdu un œil. D'autres régiments qui étaient dans la même caserne (le 43e et les milices de Lincolnshire) n'ont pas souffert dans cette occasion ; mais l'ophthalmie a étendu ses ravages au loin et parmi d'autres régiments, en sévissant d'une manière si affreuse que, selon feu le docteur Ballingall, depuis cette époque jusqu'au 1er décembre 1810, il est entré dans les hôpitaux de Chelsea et de Kilmainham, c'est-à-dire en moins de cinq ans de la durée de l'ophthalmie, 2,317 soldats aveugles, qui sont restés à la charge de l'État (1).

Ainsi, le fait cité par le docteur Cunier et par tous les autres qui ont voulu voir en Portugal une ophthalmie introduite par l'armée anglaise, est infiniment vrai dans ce sens :—que la maladie existait encore parmi les troupes anglaises quand elles sont venues faire partie de l'armée alliée sous les ordres de sir Wellesley. Mais il faut aussi convenir que la tradition, l'unique source qu'on puisse maintenant consulter, est entièrement unanime pour certifier que les régiments anglais n'ont pas beaucoup souffert dans le Portugal, du moins de manière à se faire remarquer par l'observation des chirurgiens portugais qui ont fait les campagnes de la Péninsule. A l'égard des régiments portugais, le cas est encore mieux établi, car on n'en connaît aucun qui ait été atteint d'une ophthalmie produisant les ravages qu'ont faits cette maladie si connue partout où elle s'est une fois montrée.

(1) Ballingall. — *Course of lectures on military surgery.*

Cette immunité de l'armée portugaise aurait duré 40 ans. Il y a eu, il est vrai, une ophthalmie qui s'est développée en 1837, sans beaucoup d'intensité, dans un régiment (le 1er d'infanterie) caserné au Desterro (Lisbonne). On a encore vu, en 1845, dans le 10e régiment d'infanterie (caserné à Graça, dans la capitale), une autre ophthalmie qui a affecté presque tous les soldats d'une compagnie, et qui était entretenue, à ce que l'on croit, par le voisinage et la mauvaise construction d'une fosse d'aisances. Mais il n'avait jamais existé une ophthalmie épidémique d'une étendue considérable, se manifestant avec des caractères spéciaux : — la granulation, la purulence et l'opiniâtreté. Ce serait, par conséquent forcer excessivement les théories de l'incubation des principes contagieux, que de supposer un germe d'ophthalmie égyptienne se tenant caché pendant 40 ans pour se développer brusquement, et presque à la fois, chez un grand nombre d'individus placés sur des points différents, et quelques-uns séparés encore par une distance de 62 lieues (de Lisbonne à Vianna-do-Castello).

Par des raisons plus faciles à apprécier, nous n'admettons pas l'origine de l'ophthalmie qu'on a prétendu voir dans le naufrage des prisonniers du *Surman*, en 1803, sur la côte du Portugal.

La notice donnée par M. Hairion, d'une ophthalmie endémique qui a fait ses ravages en différentes occasions parmi les élèves de la Casa-Pia, et se montre encore dans cet établissement, est parfaitement vraie. Cette affection s'y est manifestée lorsque la Casa-Pia était dans l'édifice du Desterro ; elle y a fait un grand nombre de victimes. Depuis que cette institution a été transférée au château de S.-Jorge, et au couvent des Jeronimos, à Belem, où elle est encore, l'ophthalmie n'a jamais cessé d'y paraître, en revêtant parfois les formes d'exacerbations plus ou moins redoutables. Nous avons une note à l'égard de ces exacerbations, publiée par M. le docteur J.-P. Mendes, alors médecin de l'établissement. Il parle de l'épidémie qui s'y est développée pendant l'hiver de 1835 à 1836, laquelle a été nommée *ophthalmie purulente*. Ensuite il décrit deux autres épidémies qui y ont été observées plus tard, et qu'il considère comme des *ophthalmies catarrhales*, surtout la dernière, dont il parle particulièrement, car elle avait affecté à peu près 100 élèves, et suivait constamment les variations atmosphériques, en augmentant ou diminuant selon les vents plus forts et froids du sud et du sud-ouest, ou l'état d'humidité atmosphérique (1).

L'examen des yeux des élèves de la Casa-Pia fait encore reconnaître quelques granulations charnues et vésiculeuses, et démontre que, dans ses caractères les plus essentiels, elle ne diffère pas beaucoup de celle qu'on observe dans l'armée. Seulement, les granulations charnues, qui sont les plus fréquentes, ne couvrent pas toutes les surfaces conjonctivo-palpébrales, même dans les cas un peu anciens, comme du reste on voit communément chez les soldats. Nous avons eu occasion de vérifier ces faits par une inspection que nous avons faite tout récemment aux élèves des deux sexes (à peu près 900). Ainsi, l'on remarquait chez 35 à 40 élèves, tant garçons que filles, mais de préférence chez les premiers, l'état sablonneux de quelques conjonctives palpébrales, surtout à l'angle externe de la paupière supérieure; dans des cas très rares, nous avons cru distinguer quelques vésicules; pour d'autres élèves enfin, l'existence de granulations charnues se dénonçait sur la conjonctive turgide et baveuse, chez des garçons qui en avaient souffert depuis longtemps, comme cela arrive si

(1) *Noticia sobre as ophthalmias epidemicas que se tem manifestado na Casa-Pia de Lisboa desde* 1834. *Jornal da Sociedade das sciencias medicas*, 1838.

souvent parmi les soldats. M. le docteur F.-J. de Sousa Gomes, qui nous a accompagné dans notre visite, a bien voulu nous dire que cet état se montrait assez favorable, en comparaison de ce qu'il avait été auparavant, car la diffusion sous la forme épidémique est à présent très rare, et plusieurs années se sont déjà écoulées sans qu'il ait eu l'occasion de l'observer.

La conséquence naturelle de tout cela, c'est que l'ophthalmie granuleuse avait existé en Portugal avant de se manifester dans l'armée, comme on peut l'avancer peut-être pour beaucoup d'autres pays. Mais en reconnaissant ce fait, il ne faut pas se dissimuler les difficultés qu'il y aurait à vaincre pour aller rechercher soit l'origine de l'ophthalmie de l'armée dans celle de la Casa-Pia, soit celle-ci dans un virus provenant de l'ophthalmie égyptienne.

Si l'existence d'une ophthalmie dans la Casa-Pia pouvait être invoquée dans cette question pour expliquer l'apparition de l'ophthalmie de l'armée, on ne devrait pas se dispenser de la connaissance de quelques autres faits de la même nature, que l'histoire ou la tradition nous ont rapportés; et dans ce cas se trouve, par exemple, l'ophthalmie qui a régné épidémiquement à la Misericordia de Lisboa (maison des enfants trouvés), en 1836 (1), et que nous ne croyons pas encore éteinte. Mais ces faits sont plus communs dans d'autres pays qu'en Portugal, comme les médecins belges nous l'apprennent, particulièrement M. Decondé, qui fait preuve d'une profonde érudition. Et, cependant, ni en Belgique ni ailleurs on n'a voulu voir dans ces épidémies si ordinaires dans les asiles et les pensionnats, l'origine de l'ophthalmie des armées.

L'existence de l'ophthalmie granuleuse de la Casa-Pia a pourtant, selon nous, une grande importance, non pour y faire voir le germe de l'ophthalmie de l'armée, mais pour nous en indiquer l'origine, comme nous aurons occasion de le démontrer.

Une circonstance a donné beaucoup à penser dans l'ophthalmie de la Casa-Pia : c'est que cet établissement occupait, à l'époque de la première épidémie, l'édifice du Desterro, qui a été considéré comme insalubre et le berceau d'une maladie oculaire. En effet, ce grand édifice a été accusé d'avoir occasionné une ophthalmie dans un régiment à l'époque de la guerre péninsulaire (la tradition ne dit pas quel a été ce régiment, ni n'ajoute rien dont nous puissions profiter). En 1834, on a vu s'y développer l'ophthalmie de la Casa-Pia. En 1837, une autre ophthalmie, quoique très peu étendue, y a sévi dans un régiment, le 1er d'infanterie. En 1849, enfin, c'est là encore que le 1er de chasseurs a eu les premiers affectés. Le voisinage de l'abattoir et certaines circonstances locales, telles que les ordures jetées au milieu d'une ruelle voisine, des lavoirs dans les environs, les dispositions sombres et humides d'une partie de l'édifice, etc., porteraient sans doute à qualifier d'insalubre la localité, si d'autres preuves plus significatives n'en existaient pas. Les habitants des endroits les plus voisins de l'abattoir n'ont jamais eu d'ophthalmies avec des caractères spéciaux, ni d'autres maladies qui auraient fait supposer une endémie développée par l'air vicié, quand même les opinions et les faits cités par Parent-Duchatelet n'auraient pas bien établi l'influence d'un tel voisinage. Mais que dirait-on aujourd'hui de ces mauvaises conditions, si l'on savait que ce même édifice a été plus ou moins occupé depuis 1849, et que là est encore un régiment (le 7e d'infanterie), sans que pourtant l'ophthalmie granuleuse s'y développe, si ce n'est dans quelques cas plus rares que dans les autres casernes ? Nos opinions se sont maintenant un peu modifiées à l'égard de

(1) *Reuniáo que houve em* 7 *d'agosto de* 1836 *para determinar a causa occulta das ophthalmias que grassam na Santa-Casa da Misericordia. Jornal da Sociedade das sciencias medicas*, 1836.

l'influence que nous avons cru devoir attribuer à l'édifice sur le développement de l'ophthalmie, et aujourd'hui nous sommes très disposés à croire que les ophthalmies du 1er de chasseurs, en 1849, étaient le résultat de la même cause, qui, à cette époque, a agi sur les autres corps de la garnison de Lisbonne et à Vianna-do-Castello.

Pour expliquer l'importation, on a cherché encore d'autres sources. Les engagés belges qui sont venus dans le Portugal en 1832 n'ont pas été oubliés, pour donner la raison de l'apparition de l'ophthalmie. Mais ici nous devons rappeler ce que nous avons dit à propos de l'importation par les soldats anglais. Les régiments qui ont fait les campagnes de 1832 à 1834, soit ceux qui ont premièrement occupé Porto, soit ceux de l'armée du prince D. Miguel, aucun n'a été affecté de l'ophthalmie belge, en supposant même qu'elle existât parmi les engagés. Comme fait de l'histoire contemporaine, toutes les opinions sont d'accord sur ce point. M. le docteur B.-A. Gomes, à qui était alors confiée la direction de l'hôpital militaire de Porto, nous a assuré n'avoir jamais vu d'ophthalmies autres que celles qu'on voit ordinairement; et certes il n'aurait pas laissé échapper l'occasion de nous en parler dans ses écrits, comme il l'a fait du reste au sujet du choléra-morbus, car c'est parmi les soldats belges que les premiers cas de cette terrible maladie se sont montrés dans le Portugal.

Un autre fait qu'on pourrait regarder comme l'origine de l'ophthalmie, c'est celui de 200 émigrés espagnols qui sont venus dans le Portugal en 1846. Parmi eux, il y en avait un certain nombre affectés d'ophthalmie. Nous avons traité 28 de ces émigrés dans le dépôt de Cascaes. La maladie était due à l'encombrement à bord du bâtiment qui les avait transportés. On peut voir, par la note que nous avons publiée à ce sujet (1), que tous ces malades avaient des conjonctivites franches, et que deux d'entre eux seulement présentaient de petites granulations. Toutes ces ophthalmies ont été parfaitement guéries.

Enfin, les relations commerciales du Portugal avec ses colonies en Afrique, la fréquence supposée d'une ophthalmie endémique dans ces vastes contrées, l'existence même d'ophthalmies granuleuses chez les habitants des villes maritimes du Portugal, ont été aussi autant de circonstances qu'on a voulu faire valoir pour prouver l'importation, non plus de l'Égypte, mais venant par l'Afrique portugaise, et encore pour affirmer que cette maladie était commune dans le pays.

Quant à ce qui concerne les ophthalmies de l'Afrique, il n'est plus difficile d'en vérifier le fait. Tous les renseignements à cet égard ont été exagérés et altérés en partie. Les relations médicales sur les maladies qui règnent dans nos colonies d'Afrique, ne parlent pas spécialement d'une ophthalmie endémique, et même on n'y trouve aucune description d'ophthalmie épidémique. Sur les maladies de l'Afrique orientale, nous avons les travaux de M. J.-N. de Salis (2) et de M. A.-P. de Miranda (3), qui ont exercé la médecine dans ces parages depuis plusieurs années. De l'Afrique occidentale, nous savons, par le témoignage de M. le docteur M.-M.-R. de Bastos, actuellement président du Conseil de santé naval et d'outre-mer, qu'on n'y connaît aucune ophthalmie endémique ni épidémique; du moins, pendant neuf années de son exercice médical à Loanda, il n'a jamais eu l'occasion de l'y voir sévir.

La fausse opinion qui s'est propagée sur l'existence d'une ophthalmie endé-

(1) *Jornal dos Facultativos militares*, nº 44 de 1846, et *Annales d'oculistique*, février 1849.

(2) *Annaes maritimos e coloniaes*, 1846. *Algumas reflexões sobre a noticia abreviada das doenças da costa oriental d'Africa. Escholiaste medico*, nos 27, 28 et 30 de 1853.

(3) *Noticia abreviada sobre as doenças da costa oriental d'Africa. Escholiaste medico*, nos 24, 25, 26 et 28 de 1853.

mique dans l'Afrique portugaise, est venue des épidémies effroyables qui n'étaient pas seulement de l'ophthalmie, mais encore de la petite vérole, du typhus et d'autres maladies, qui se développaient à bord des bâtiments négriers dans la traversée de l'Afrique pour l'Amérique. L'ophthalmie est ici bien expliquée par l'encombrement des nègres au fond des cales. Quelle cause plus forte d'infection et de maladie, en effet, que l'entassement de quelques centaines de nègres dans un espace où ils ne pouvaient quelquefois même se tenir couchés? L'ophthalmie purulente, grave, affreuse, se développait alors très souvent à bord, et là il n'était nullement question d'un germe apporté de l'Afrique ni de l'Égypte, parce que les causes connues en disaient assez. Ce sont ces ophthalmies, secondées peut-être dans leurs ravages par la contagion, qu'on observe au Brésil, car c'était là que se rendaient le plus grand nombre d'esclaves. Cette ophthalmie persiste toujours au Brésil, selon l'assertion de M. J.-M. da Cunha Basilio, dans sa *Relation d'un voyage médical en Hollande, en Belgique et en France*. Et ce qui vraiment nous étonne, c'est que M. Sigaud, en écrivant sur les ophthalmies du Brésil (1), se soit laissé impressionner par une idée fausse, car il est du nombre des écrivains qui admettent l'existence d'une ophthalmie endémique en Afrique, d'où elle aurait été apportée dans le Brésil par les esclaves affectés. Il faut dire pourtant que, même en considérant comme tout à fait prouvée l'existence d'une ophthalmie endémique dans l'Afrique portugaise, ce qui est loin d'être vrai, cette maladie serait toute autre que celle que nous observons dans l'armée du Portugal, car M. Sigaud assure, dans un autre de ses travaux (2), que l'ophthalmie au Brésil n'est jamais accompagnée de granulations. La même chose nous est encore certifiée par M. Furnari à l'égard de l'ophthalmie dans l'Afrique française (3).

D'un autre côté, l'existence d'une ophthalmie granuleuse dans les villes maritimes du Portugal, du moins comme affection fréquente, est une inexactitude historique qu'on ne doit pas passer sous silence. Quatre ans d'exercice médical que nous avons passés dans une des plus importantes villes maritimes du Portugal (Saint-Ubes), nous affermissent dans cette conviction. Du moins, nous n'avons jamais eu à traiter de ces maladies oculaires, malgré notre position de chirurgien de l'hôpital civil, et l'habitude de reconnaître cette sorte d'affection, le traitement des ophthalmiques du 1er de chasseurs nous étant aussi confié.

Ainsi, nous le répétons, l'ophthalmie existait dans les circonstances que nous avons rapportées, mais pas dans l'armée avant 1849. Et pour voir l'origine de l'ophthalmie militaire dans l'affection granuleuse qui se montrait quelquefois chez les habitants et dans celle qui sévissait depuis 25 ans parmi les élèves de la Casa-Pia, il faudrait trouver dans les hôpitaux militaires le *cas-source*, la granulation ancienne sous les paupières de quelques malades. Mais la seule ophthalmie qui, au commencement de l'épidémie, se soit présentée avec des granulations très prononcées s'est fait voir depuis que, dans l'hôpital de Lisbonne, on avait reconnu l'épidémie dans sa période initiale. C'était sur un soldat du régiment de grenadiers, qui avait eu une ophthalmie blennorrhagique, étant alors à Santarem, et pour le traitement de laquelle il était entré dans l'hôpital du 4e de cavalerie, c'est-à-dire dans l'hôpital d'un régiment où il n'y a jamais eu d'ophthalmies granuleuses. Tous les malades qui, depuis le mois de juin 1849, ont été reçus à l'hôpital de Lisbonne, apportaient l'affection

(1) *Annales d'oculistique. — Des maladies des yeux que l'on observe dans l'empire brésilien*, t. XIII.
(2) *Du climat et des maladies du Brésil*, 1844.
(3) Voyez le mémoire publié dans les *Annales d'oculistique*, t. IX.

dans sa période primitive; seulement, un de ces malades (du 7e d'infanterie) avait l'inflammation à un degré plus remarquable par son intensité, et encore nous a-t-il dit que sa maladie avait commencé depuis trois jours (1). Le rapport que nous avons fait, en traitant de l'histoire de l'ophthalmie, représente tout ce que nous pourrions dire maintenant à l'égard des symptômes par lesquels s'est manifestée l'ophthalmie à son début.

Quelle a été alors la cause de l'ophthalmie de l'armée portugaise? Au milieu d'une foule de circonstances qui ont été citées comme pouvant être autant de causes prédisposantes ou déterminantes, nous croyons n'avoir à discuter que l'origine dans une constitution atmosphérique catarrhale, aidée dans son influence par des causes proégumènes. Et si la cause déterminante, c'est-à-dire la constitution atmosphérique, n'a pu ni ne pouvait être recherchée dans ses détails, du moins l'a-t-elle été aussi bien que dans plusieurs cas de maladies épidémiques catarrhales et autres. La grande probabilité établie par Mackenzie, qui regardait l'ophthalmie des armées comme primitivement catarrhale, ayant sa cause dans des conditions atmosphériques, a trouvé dans le Portugal beaucoup de preuves et un très grand nombre de défenseurs.

Les constitutions médicales, malgré l'impossibilité où l'on se trouve de les apprécier dans leurs conditions d'existence et dans leur nature par nos moyens d'analyse, ne sont pourtant pas moins remarquables. C'est l'observation de tous les temps et dans toutes les localités qui les a reconnues. Mais pour notre ophthalmie, il y en a qui ne veulent pas s'en préoccuper. Sans faire attention aux circonstances du développement de la maladie dans un grand nombre d'individus à la fois, cette influence a été mise de côté à l'avantage d'agents morbides dont l'existence est très problématique en Portugal. Est-ce donc parce que nous ne pouvons que constater le fait si simple comme nous l'avons énoncé? Malgré toutes les recherches modernes, parmi lesquelles il faut admirer celles qui sont dirigées en Allemagne par M. Clements, nonobstant tout ce que la météorologie prétend avoir fait pour la médecine, avec la perfection qu'on a introduite dans les instruments d'observation et dans la régularité et les soins de ces recherches, nous ne sommes pas plus avancés qu'Hippocrate au sujet de la nature de ces influences occultes qui tantôt donnent lieu à l'apparition de la rougeole, tantôt à celle de la scarlatine ou de la fièvre typhoïde. Et en présence de cette pauvreté de la science, pourquoi ne pas nous contenter, pour l'explication du germe de l'ophthalmie épidémique, de causes qui, en de semblables circonstances, sont pour nous hors de doute? Ces causes, nous les reconnaissons par leurs effets partout où elles agissent. En quoi le physicien est-il plus avancé dans ce qui concerne l'électricité dont il ne connaît que les effets? Qu'est-ce que le médecin peut dire de plus sur la cause des fièvres intermittentes?

Mais renonçons à des considérations de cette nature. Elles seraient bien peu de chose pour la question dont il s'agit, si nous n'avions pas d'autres raisons pour en déduire la présomption d'une cause atmosphérique, source primitive de l'ophthalmie de l'armée portugaise. En effet, nous avons de quoi faire valoir toutes les raisons d'une analogie bien fondée.

Les conditions atmosphériques qui ont coïncidé avec l'irruption de l'épidémie ophthalmique en 1849, sont les premières preuves d'un autre ordre dont on peut déduire la nature de la maladie.

Sans avoir la prétention de faire ici la topographie médicale de Lisbonne, nous devons dire que le climat de cette ville est ordinairement doux et beau.

(1) *Jornal dos facultativos militares.* Juin de 1849.

Il est très-rare qu'on y observe les conditions auxquelles on lie généralement l'apparition des affections catarrhales (brouillards, humidité extrême, etc.). Mais pour être rares, ces conditions n'en sont pas moins manifestes ; bien au contraire, quelquefois elles sont parfaitement appréciées par leurs effets, comprenant dans leur cercle d'action une aire assez étendue. C'est ce qu'on a vu, par exemple, en 1853, à l'égard de la grippe qui a régné à Lisbonne, mais qui a spécialement fait sentir ses effets dans les provinces du sud (Alemtejo et Algarve), de manière que le même jour cette épidémie a frappé des régiments cantonnés à une grande distance les uns des autres.

L'invasion de l'épidémie en 1849 a coïncidé avec une de ces constitutions catarrhales. MM. Beirão et Pulido, qui, dans leur rapport du 5 décembre, méprisent cette cause de l'ophthalmie par des raisons que nous dirons ailleurs, n'en reconnaissent pas moins l'existence : « Une affection catarrhale bilieuse, disent-ils, a régné sous la forme de bronchites, d'angines, de variole et de rougeole *pendant le printemps*, de diarrhée et de dyssenterie *pendant l'automne*. Avec les pluies prématurées de l'automne, l'affection bilieuse a disparu, *étant remplacée par l'affection catarrhale*, qui est venue compliquer, comme élément pathologique, toutes les autres maladies. » MM. Beirão et Pulido vont même jusqu'à dire que cette constitution médicale a coïncidé avec *l'apparition d'ophthalmies catarrhales dans la population civile* (1). Pourquoi alors ne veulent-ils pas reconnaître à cette cause atmosphérique une action plus décidée? C'est que, ayant vu beaucoup de cas d'ophthalmie militaire, ils n'ont pas remarqué d'analogie entre l'ophthalmie des grenadiers et les cas observés dans le civil. En outre, ces médecins n'ont pas reconnu l'influence de la constitution médicale, puisque, dans les mois où cette constitution a dominé (septembre, octobre et novembre), l'ophthalmie n'en a pas été modifiée, et encore parce qu'ils n'ont pas trouvé ces effets si généraux, comme on devait s'y attendre d'après la nature de la cause, car ils supposaient que l'ophthalmie s'était concentrée dans le régiment des grenadiers.

Le simple énoncé de ces raisons en fait voir la valeur, et bien loin de prouver contre la source catarrhale de l'ophthalmie, elles la démontrent. Si MM. Beirão et Pulido avaient réfléchi que cette cause générale, la constitution épidémique, devait se manifester plus vivement dans ses effets en agissant sur des individus prédisposés par leurs conditions spéciales de profession et soumis à l'influence d'autres causes prédisposantes, comme on l'a bien reconnu dans la caserne du régiment des grenadiers ; — s'ils avaient vu que l'épidémie sévissait dans presque tous les corps de la garnison de Lisbonne, et non dans un seul ; — s'ils avaient pris en considération le fait depuis longtemps signalé par les ophthalmologistes, de la célérité avec laquelle les ophthalmies granuleuses épidémiques deviennent contagieuses (Desmarres) ; — s'ils avaient fait attention à ce que les ophthalmies catarrhales entretenues par la contagion donnent toujours plus d'intensité à la maladie transmise que l'influence de la cause primitive seulement (Mackenzie, etc.), — ces médecins, disons-nous, auraient trouvé la raison de l'état plus grave des ophthalmiques militaires, et encore du très grand nombre d'affectés, en comparaison de ceux de la classe civile. La même cause pathologique produit des effets plus ou moins intenses selon une infinité de circonstances de l'ordre des *circumfusa* ou de l'individu même. C'est là un fait observé dans chaque épidémie, et encore dans toutes les maladies acquises par la contagion. Cette notion si simple de pathologie générale, et qui a été si bien développée par M. Auber dans sa *Philosophie médicale*, est,

(1) Rapport publié dans le *Diario do governo*, n° 302, de 1849.

à notre avis, entièrement susceptible d'expliquer la manière d'après laquelle la constitution médicale, ayant agi très légèrement sur la population en général, et plus fortement dans certains corps de la garnison de Lisbonne, s'est prononcée si rudement chez les grenadiers, dont la caserne, quoi qu'en disent MM. Beirâo et Pulido (1), offrait à l'observation des causes d'insalubrité bien plus évidentes qu'ailleurs.

Mais pour ce qui est de la constitution médicale, l'aveu des médecins civils commissionnés par le gouvernement n'est pas le seul que nous ayons. Cette cause déterminante a été généralement appréciée par d'autres médecins (2), particulièrement par M. J.-B. Moreira, alors chirurgien-major du régiment de grenadiers, dans ses communications adressées au Conseil de santé de l'armée, ainsi que dans les discours prononcés par lui à la Société des Sciences médicales de Lisbonne, lors de la discussion qui eut lieu sur ce sujet(3). Selon M. Moreira, cette constitution médicale, qu'il a examinée dans ses effets sur l'économie, était celle même qui a toujours été reconnue, depuis Hippocrate, comme la plus favorable au développement des ophthalmies, c'est-à-dire, hiver sec et boréal, printemps pluvieux et austral, donnant lieu à un été fiévreux et à l'apparition d'ophthalmies et de dyssenteries. Voilà une des raisons qui, dès le début de l'épidémie, ont fait enraciner parmi les chirurgiens militaires portugais l'idée de la nature catarrhale de l'ophthalmie.

Quelques faits d'un autre ordre viennent encore à l'appui de cette manière d'envisager la question.

Depuis la fin du mois de mai 1849, le mouvement des maladies des yeux s'est augmenté dans l'hôpital militaire de Lisbonne, mais d'une manière encore peu sensible. Dans le mois de juin, l'ophthalmie se montre avec plus de fréquence, et depuis cette époque commence à attirer l'attention du clinicien de l'infirmerie, quoique ce mouvement ne soit que du double de l'ordinaire. Dans ce même mois, le 1er de chasseurs, qui était venu de Saint-Ubes depuis quelques mois, et n'avait jamais eu que des conjonctivites franches, est brusquement frappé de la maladie, qui n'atteint pour le moment que la 5e compagnie. Dès le premier jour, il envoie douze ophthalmiques à l'hôpital, tous affectés au même degré, et laisse encore ce jour-là trois malades en observation dans la caserne, à cause d'ophthalmies très-légères.

Est-ce que l'influence d'une constitution épidémique ne se voit pas là bien clairement? Quelle autre cause pourrait donc agir de cette manière sur des individus dont nul précédent ne dénonçait aucune maladie de cette espèce? On pouvait dire, et nous-mêmes nous l'avons pensé, que cette affection était tout à fait différente, par sa nature, de celle des autres corps; mais le bataillon de chasseurs est de nouveau parti pour Saint-Ubes, et là on a vu l'ophthalmie gagner de proche en proche, de manière que ce bataillon a été uñ des plus maltraités.

L'ophthalmie a fait son irruption presque en même temps à Lisbonne et à Vianna-do-Castello, à une distance de 62 lieues. Les conditions de constitution

(1) MM. Beirâo et Pulido, après avoir reconnu que cette constitution médicale et les conditions de localité pourraient ne pas être étrangères au progrès de l'ophthalmie, ainsi qu'à sa forme et à sa persistance, ajoutent : « Mais nous le répétons sans hésiter; nous n'avons rien trouvé dans l'étude que nous avons faite sur les circonstances de *localité et de temps* qui puisse faire découvrir la source de la maladie épidémique. » — Rapport cité.

(2) Voyez les n^os^ cités du journal *O Esculapio*.

(3) Opinion de MM. J.-B. Moreira et A.-J.-M. de Seixas, dans le *Jornal da sociedade das sciencias medicas*, n° 1 de 1850, page 45. — Lettre des mêmes chirurgiens, dans le n° 8 du journal cité, etc.

médicale dans cette dernière ville, du moins en ce qu'on a pu observer, étaient très-semblables par leurs effets à celles qui ont été reconnues à Lisbonne. Le plus grand nombre de maladies des yeux a commencé à se montrer dans le 3e régiment d'infanterie au mois d'août de 1849. Le vent du nord, qui soufflait tous les jours avec violence à Vianna-do-Castello pendant les mois de juillet et août, fut suivi de pluies très-abondantes jusqu'à la mi-novembre, l'atmosphère restant très-humide, avec beaucoup de tendance au développement des inflammations des yeux, même parmi la population civile (1).

La déduction à tirer de ces faits est claire. Il est vrai que, pour l'ophthalmie du 3e d'infanterie, on a cru en trouver la source chez un soldat qui avait été traité d'une ophthalmie blennorrhagique dans l'hôpital d'Arcos; mais ce soldat était déjà retourné aveugle à Vianna-do-Castello dans le mois de décembre de 1848, pour entrer directement à l'hôpital du régiment, d'où il était ensuite sorti congédié du service. Il y a encore à remarquer que ce soldat appartenait à la 4e compagnie, et que l'épidémie a commencé par la 2e. On est même disposé à croire que l'ophthalmie, dans ce cas, était syphilitique, car le malade avait été traité d'un bubon quelque temps avant, et quand il est entré à l'hôpital de Vianna, il avait encore une éruption cutanée avec les caractères d'une syphilide. C'est par toutes ces raisons que nous sommes très loin d'accorder à ce fait l'importance qu'on y a donnée.

Voilà donc ce que nous trouvons relativement à l'influence d'une constitution médicale qui se révèle par des circonstances très remarquables. Du reste, nous ne croyons pas que les constitutions médicales puissent être toujours traduites par les conditions météorologiques. Le procédé le plus logique et qui est aussi le plus simple pour juger, dans l'état de la science, de la spécificité d'une constitution donnée, c'est de la déduire de ses effets visibles dans l'économie vivante. Et, dans ce cas, que pourrait-on exiger de plus?

Cette opinion, qui soutient l'existence d'une cause atmosphérique pour certaines ophthalmies des armées, trouve encore des défenseurs si nombreux, que nous la partageons sans la moindre hésitation. Les faits viennent s'entr'aider, et, pour ce qui concerne le Portugal, nous ne voyons pas qu'on puisse en tirer une autre conséquence que celle que nous établissons. Même pour l'ophthalmie qui s'est déclarée dans les armées de l'expédition en Égypte, les opinions des médecins se sont partagées entre la contagion et les influences climatériques; et quoique nous acceptions les deux faits parce que nous les croyons également vrais, selon les idées que nous établirons plus loin, nous sommes disposés à croire, sans rire, comme le faisait le baron Larrey, de l'opinion des contagionistes, que les idées du professeur Mackenzie sont pour la plupart vraies dans ce qui est de l'origine de cette terrible maladie. Outre la contagion, n'y aurait-il pas dans l'Égypte d'autres causes également propres à déterminer l'ophthalmie? L'excès de la chaleur et de la lumière, une atmosphère toujours chargée de parcelles sableuses, que le vent introduit dans les paupières, l'exposition à ces agents pendant le jour, les forts brouillards durant la nuit, sont, à notre avis, des raisons très plausibles de la prédominance et de la gravité des ophthalmies dans les armées anglaise et française, lors de leur séjour dans ce pays. Ainsi, l'armée anglaise, à son retour, a presque cessé de souffrir jusqu'en 1805, et l'armée française était, et s'est maintenue dans des circonstances encore plus heureuses, à en juger par le silence des médecins militaires de ce pays. D'un autre côté, quelle a été l'origine égyptienne de tant d'épidémies catarrhales dégénérées, de véritables ophthalmies granu-

(1) Rapport déjà cité de M. J.-P. d'Almeida, dans la *Gazeta medica do Porto*, nos 205 et 206.

leuses, maintes fois observées, comme nous l'apprennent les médecins belges, et parmi eux M. Hairion?

Mais nous ne nous arrêterons pas plus longtemps à la recherche de faits de cet ordre; il faut nous borner à ce qu'on déduit de l'examen de l'histoire de l'ophthalmie dans le Portugal. Nous pensons qu'en admettant la source catarrhale dans une constitution médicale, ou, si l'on veut, dans le génie épidémique qui a agi de préférence sur des individus prédisposés par leur profession et des conditions de *circumfusa* propres aux casernes, on sera arrivé à l'opinion la plus probable sur ce sujet.

Pour ce qui est du maintien et de la diffusion de l'ophthalmie dans l'armée portugaise, le fait de la contagion nous suffit, indépendamment de la constitution médicale, mais la contagion favorisée par des conditions particulières dont nous aurons à parler. Il va sans dire, cependant, que nous ne nions pas la contagion comme pouvant être la source de l'ophthalmie dans quelques pays, ainsi que l'a établi tout récemment M. Bendz pour l'armée de Danemarck (1), et encore comme l'a prouvé M. Decondé à l'égard de plusieurs autres armées.

Pour considérer les choses de cette manière, nous employons les termes — *épidémie* et *contagion* — dans l'acception généralement reçue, sans faire attention à toutes les discussions que ces deux termes ont fait naître entre les hygiénistes; c'est-à-dire que nous nous contentons des faits qui, dans le premier cas, — l'épidémie, — consistent dans l'apparition de beaucoup d'individus affectés de la même maladie, en même temps, dans le même lieu, à la suite d'une cause générale, et pour le second, — la contagion, — dans la transmission de la maladie d'une personne à une autre.

Le fait de la transmission de l'ophthalmie est aujourd'hui entièrement reconnu en Portugal. L'expérience a éclairé sur ce point les moins crédules, et rien de plus facile que d'amonceler des preuves à l'égard de la possibilité, de la facilité même avec laquelle l'ophthalmie se propage d'un régiment à un autre, dans les compagnies et dans les hôpitaux. Ainsi, pour en donner quelques exemples, M. J.-P. d'Almeida, depuis 1850 (2), avait rapporté des cas de garde-malades qui ont été affectés dans l'hôpital du 3ᵉ d'infanterie, et encore de soldats qui étaient en traitement pour d'autres maladies et qui ont gagné l'ophthalmie. Il est même à remarquer que quelques malades affectés de cette manière étaient dans des salles séparées de celles où demeuraient les ophthalmiques. Quelques soldats qui venaient de jouir d'un congé temporaire ont été affectés après deux ou trois jours. Dans le 1ᵉʳ de chasseurs, l'ophthalmie avait commencé dans la 5ᵉ compagnie; le bataillon change de caserne, cette compagnie est logée avec la 6ᵉ, et en très-peu de temps on voit beaucoup d'ophthalmiques parmi les soldats de la dernière compagnie. Des recrues que venaient d'être incorporées dans le bataillon, et qui avaient été examinées pour des maladies oculaires, ont été affectées en peu de jours, et cela arrivait, dans la grande majorité des cas, à celles qui étaient enrôlées dans la 5ᵉ et la 6ᵉ compagnie. Tous ces faits et beaucoup d'autres du même ordre sont assez significatifs.

Comment avait lieu la transmission? La contagion directe en est sans aucun doute l'explication dans le plus grand nombre des cas ; il suffit de se rappeler que les mêmes lits servaient pour différents soldats et que les essuie-mains étaient, dans beaucoup de casernes, communs à plusieurs hommes. Aujourd'hui les observations et les expériences ont partout tellement bien établi le fait de la contagion directe, qu'il n'y a pas plus d'anti-contagionistes ni de compressionistes.

(1) *Annales d'oculistique*, avril 1855.
(2) Rapport cité, dans la *Gazeta medica do Porto*.

Les preuves ne sont pas également claires, nous en convenons, pour ce qui est de la contagion indirecte; mais beaucoup de faits nous en donnent une presque certitude, quand nous cherchons à expliquer des cas comme ceux observés par nous-mêmes. C'est-là peut-être qu'on trouve encore l'explication de ces cas de conjonctivite franche, qui, traités dans les salles d'ophthalmiques granuleux, et malgré tous les soins, deviennent aussi en peu de jours granuleuses, comme M. Sa Mendes l'a bien observé. L'excès de vitalité dont jouit la conjonctive dans ces cas de conjonctivite franche la disposerait-t-elle à une perceptibilité plus grande? Nous sommes très-disposés à le croire.

Mais après tout ce qui a été écrit sur ce sujet, particulièrement en Belgique, par MM. Fallot, Gouzée, Decondé, Hairion, etc., etc., c'est à peine si l'on peut douter de la contagion indirecte. Notre conviction est tout à fait d'accord avec les idées de ces honorables médecins militaires. Ce qui nous surprend en cela, c'est qu'après la connaissance d'opinions si bien fondées et de l'assentiment unanime de tous les médecins à cet égard, on n'ait pas cherché à établir la prophylaxie sur des bases plus avantageuses.

Et nous dirons, en passant, que nous acceptons la signification des faits sans nous occuper des questions secondaires, qui sont pour nous indéchiffrables. Qu'est-ce que l'observation peut indiquer sur les qualités de la sécrétion qui jouit de la propriété contagieuse? Est-ce un principe en solution ? est-ce le globule du pus, comme le pense M. Van Roosbroeck? Nous n'en savons rien.

Il nous semble avoir bien reconnu, avec l'aide de l'histoire, la cause de la diffusion de l'ophthalmie dans l'armée portugaise. Et ici nous ajouterons que cette diffusion n'a pas eu lieu avec cet exclusivisme d'action qui au commencement a tant poussé à nier la contagion. Il y a eu des femmes de soldats affectées par ceux-ci; on a vu beaucoup de sous-officiers aussi atteints, et parmi les officiers même on compte plusieurs cas d'ophthalmie granuleuse.

Nous aurions terminé ici cette partie de notre travail, s'il nous avait été possible de passer sous silence une autre question, qui jusqu'à un certain point se rattache à notre manière de penser sur la voie d'introduction de l'ophthalmie dans le Portugal; c'est la question de la nature de l'ophthalmie.

Quoique la spécificité d'une maladie soit bien souvent le résultat d'une cause atmosphérique, comme dans presque tous les exanthèmes, il y en a pourtant qui, en voyant la reproduction de l'ophthalmie toujours identique dans les armées, croient à l'existence d'un germe particulier, d'un virus, si l'on peut ainsi dire, comme condition *sine quâ non* du développement de l'ophthalmie granuleuse, en lui supposant une diffusion assez semblable à celle de la syphilis. Les idées du docteur Cunier conduiraient à cet extrême. On voit que les choses portées à ce point, la source de l'ophthalmie hors de la contagion est très difficilement reconnue.

Mais quelles sont les circonstances étiologiques qui font de l'ophthalmie des armées une maladie particulière et différente de l'ophthalmie catarrhale?

Sans avoir le dessein de traiter la question sous toutes ses faces, et moins encore d'examiner toutes les raisons qui ont conduit plusieurs écrivains à soutenir des idées différentes sur la spécialité de l'ophthalmie militaire, nous dirons toutefois que, quant à nous, l'existence des caractères spéciaux s'explique aussi bien par une source atmosphérique catarrhale que par toute autre, plusieurs causes aidant.

Les conditions d'une constitution médicale, nous l'avons déjà dit et nous le répétons encore, ne peuvent être appréciées que dans leurs effets. Mais, l'épidémie une fois déclarée, c'est de la nature contagieuse de la maladie que dépendra le plus souvent sa plus ou moins grande durée. Nous convenons que,

parmi les maladies qui se manifestent par des influences atmosphériques, la règle est qu'elles se dissipent d'elles-mêmes, malgré leur nature contagieuse, si elle existe. Mais que voyons-nous dans les cas qui ont la plus forte analogie avec l'ophthalmie qui règne dans l'armée du Portugal? L'ophthalmie de la Casa-Pia de Lisbonne est un fait important sous ce rapport, comme nous l'avons dit, en nous proposant ici de traiter ce sujet. Une épidémie se développe là avec toutes les apparences de l'ophthalmie catarrhale, en trouvant très probablement les auxiliaires de son apparition ainsi que de sa gravité dans les conditions de l'encombrement, et plus encore, peut-être, dans d'autres d'une hygiène peu soignée. L'influence épidémique a cessé, puisqu'on ne peut pas la supposer constante ; l'affection a continué à s'étendre davantage par la voie de la contagion ou de l'infection, en ayant de temps à autre quelques exacerbations, par des causes que nous ne pouvons pas apprécier ici, comme il nous arrive dans l'ophthalmie de l'armée. Ainsi, l'ophthalmie se maintient à la Casa-Pia depuis 23 ans! Et, selon nous, tant qu'il y aura un cas de granulations, cette maladie pourra avoir des exacerbations, ou devenir même interminable par le fait de la transmission, et en conséquence par la source plus répandue de la contagion. A l'égard de cette ophthalmie, on a même lieu de croire que les élèves soumis depuis très peu de temps à l'action du germe ou principe contagieux, sont les plus facilement atteints, comme il arrive pour les maladies endémiques et infectieuses; d'où l'on peut déduire que le développement de la maladie n'est pas sous une influence autre que celle qui dérive de l'infection miasmatique ou de la contagion directe, l'une et l'autre favorisées par les circonstances propres de l'agglomération des élèves. N'est-ce pas bien là l'image de ce qui arrive dans l'armée portugaise, dans les *workhouses*, et dans ces épidémies dont nous parle Guillié dans sa *Bibliothèque ophthalmologique?* Nous le croyons sans doute.

Mais on dit que la cause doit être particulière, puisque l'ophthalmie épargne certaines classes, tandis que les constitutions épidémiques agissent d'une manière générale. Toutefois, nous croyons avoir la raison de l'exclusivisme d'action de la cause tant que la maladie est primitive, dans les conditions auxquelles nous avons très souvent fait allusion. D'où viennent, si ce n'est de ces conditions, les caractères que tant de fois ont pris les ophthalmies épidémiques dans les colléges et dans les asiles? Comment pourrait-on expliquer le développement des ophthalmies purulentes et leur rapide diffusion à bord des bâtiments négriers, si ce n'est par l'action extrême de ces causes, qui, dans les cas ordinaires, auraient à peine joué le rôle de causes prédisposantes?

Enfin, le défaut d'analogie entre les affections catarrhales et les ophthalmies militaires ne peut pas être fondé, à notre avis, sur une condition d'un ordre secondaire, telle que l'action nuisible du froid sur les premières, sans l'être également sur les dernières. Encore cette action, toute générale qu'elle est dans les ophthalmies, pourrait bien être expliquée de différentes manières, dont la principale est que le froid doit agir comme un sédatif contre l'élément phlogistique de la maladie.

Que l'illustre médecin M. Fallot nous excuse de nous être ainsi écarté de quelques-unes de ses opinions, en voyant une autre explication pour les faits principaux auxquels il se rapporte pour reconnaître la particularité de l'ophthalmie (1). Mais l'histoire de cette maladie en Portugal ne saurait se concilier avec d'autres idées. Même pour ce qui est des preuves amassées avec tant de

(1) *Nouvelles recherches pathologiques et statistiques sur l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge*, 1838.

soin par M. Decondé afin de montrer la source égyptienne dans les ophthalmies des armées, nous croyons qu'elles ne pourraient être un obstacle à notre manière de voir, car nous admettons et la contagion et la constitution épidémique, favorisées par des conditions spéciales, comme pouvant être la cause primitive de cette affection.

Mais pourquoi donc cette maladie n'était-elle pas connue dans les armées avant que les soldats français et anglais fussent revenus de l'Égypte, en 1801 et 1802 ? Si l'ophthalmie militaire avait une origine catarrhale, ne serait-elle pas la maladie de tous les temps, en présence des conditions qui en favorisent le développement? Voilà donc deux questions ; nous ne savons pas si elles ont été déjà posées, mais nous croyons avoir à les considérer, quoique nous ne puissions les résoudre définitivement.

M. le docteur Garcia Peres est le seul médecin portugais qui, en écrivant sur les cas d'ophthalmie granuleuse qu'il avait observés à l'hôpital de Saint-Ubes (1), ait prétendu avoir trouvé la connaissance de la granulation, ainsi que son traitement par le nitrate d'argent, dans un passage d'André Garcia Vasquez, en 1759; mais on voit que la citation se rapporte au développement d'orgeolets consécutifs à l'inflammation des paupières, et non à quelque autre maladie qui ressemblerait à la granulation palpébrale, comme nous l'observons actuellement (2). Du reste, nous ne pourrions rien dire sur la nature des ophthalmies qui ont régné épidémiquement à différentes époques, même dans les faits du commencement de ce siècle, le renversement des paupières n'étant pas alors pratiqué pour le diagnostic. En supposant, toutefois, que l'ophthalmie granuleuse ne fût pas connue des anciens médecins militaires, l'existence des conditions un peu différentes où se trouvent aujourd'hui les armées, ne serait-elle pas pour quelque chose dans l'apparition de cette maladie? Pour ce qui est de l'effet de l'encombrement, MM. Warlomont et Testelin, dans leur admirable note additionnelle à l'article *Ophthalmie contagieuse* du *Traité* de Mackenzie, quoiqu'ils se trouvent dans un camp opposé au nôtre, nous en fournissent des preuves nombreuses. A l'égard des conditions différentes où se trouvaient anciennement les régiments, on peut encore les reconnaître en parcourant dans le Portugal les casernes qui ont servi à la fin des campagnes péninsulaires. Par le système ancien de dissémination des soldats, on leur permettait de dormir hors des casernes : celles-ci recevaient des régiments de 1,500 hommes. Par les règlements disciplinaires en vigueur, tous les soldats étant dans ces casernes, elles ne pouvaient abriter la moitié de cette force! Et voilà peut-être la raison pour laquelle, malgré l'hygiène moins sévère de ces temps-là, ces grandes agglomérations d'hommes étaient bien souvent épargnées par les épidémies si communes dans les endroits où l'air vicié rend l'homme fatal à lui-même.

(1) *Nota sobre o tratamento dos ophthalmicos que estiveram no hospital civil de Setubal; emprego do nitrato de prata nas granulações pelos medicos do seculo passado.* — *Escholiaste medico.* — nº 5 de la 2e série.

(2) « *No pocas veces he observado, que por algunas ophthalmias o fluxiones contumaces a estas partes, quedan las palpebras tan debiles, que con grandissima facilidad, y a mui leve ocasion, se infestan de un gran numero de hordoleos o tumorcillos, que o bien se supuran, o bien se resuelven, pero de qualquier modo siempre molestam mucho a los pacientes ; y siendo mui curto el auxilio, que prestaban todos los medicamentos hasta aqui descubiertos, me ocurrio, que podria ser util el tocar las mismas palpebras, y aun los tumorcillos, con piedra infernal, sin decirlo a los dolientes, pero con cautela. . . . . Hecho esto, al momento passaba sobre ellas una esponja o paño mojado en aqua clara y tibia, con lo que se desvanece la mancha negra, y se escusa el dolor y peligro que pudiera ocasionar-se...* » Traduction espagnole de l'ouvrage. — *Institutiones chirurgicæ* d'Heister, t. 2, pag. 150.

Faut-il insister sur la considération de cette cause si largement étudiée dans ses résultats? L'hygiène en compte des faits si concluants, comme ceux cités par M. Boudin, et encore ceux dernièrement appréciés par M. Stromeyer dans son mémoire—*De l'influence de la ventilation sur la marche du typhus*. A l'égard de l'ophthalmie, sans vouloir même partager l'opinion de M. Gouzée, qui a cru voir la cause de l'ophthalmie des armées dans l'encombrement, nous trouvons plusieurs médecins belges admettant, comme M. Sa Mendes, en Portugal, que les granulations peuvent se conserver pendant très-longtemps, et indéfiniment même, dans un état qui ne gêne pas celui qui en est affecté, quand il vit isolé; tandis que l'affection ne tarde pas à faire des progrès, une fois l'individu soumis à des conditions d'encombrement. Telle est, en effet, l'influence de cette cause pathologique !

Si nous avions à discuter encore d'autres opinions se rattachant à la spécificité de l'ophthalmie, il nous resterait une tâche importante dans la considération des idées, toutes pleines d'intérêt, qui ont été présentées et soutenues par MM. Thiry, Canstatt, Decondé et plusieurs autres médecins belges. Mais nous ne tenons qu'à donner la raison des conclusions que nous avons à émettre au sujet de l'ophthalmie en Portugal, et ces conclusions ne sont aucunement infirmées, à notre avis, par les opinions auxquelles nous nous rapportons.

Voilà donc, Messieurs, ce que nous avons à dire sur la voie d'introduction de l'ophthalmie et sa diffusion dans l'armée portugaise. Nous croyons qu'il y aura beaucoup d'opinions conciliées, — de ces opinions qui ne sont vicieuses que parce qu'elles sont extrêmes. C'est là peut-être la moitié de toutes les discussions qui ont occupé les médecins, en décourageant ceux qui prétendent tirer quelque lumière de tant de travaux publiés jusqu'à présent.

Pour nous résumer, nous pensons :

Que l'ophthalmie de l'armée portugaise a eu sa source primitive dans une constitution épidémique catarrhale, qui a régné surtout à Lisbonne et à Vianna-do-Castello en 1849;

Que cette cause a été secondée dans son action par les conditions anti-hygiéniques des casernes, en prédisposant les soldats à être affectés ;

Que ces mêmes conditions ont concouru à la manifestation de l'épidémie avec les caractères plus graves où elles étaient plus prononcées ;

Que de ces conditions anti-hygiéniques on peut considérer comme la principale l'encombrement dans les casernes ;

Que la maladie, ainsi développée et entretenue, s'est étendue avec plus de gravité depuis que l'influence d'une constitution épidémique pouvait être considérée comme éteinte, en agissant par la contagion directe et encore très-probablement par l'infection.

III. — Traitement.

En soumettant au Congrès quelques mots sur le traitement qu'on suit en Portugal pour combattre l'ophthalmie granuleuse, nous n'allons pas passer en revue tout ce qui y a été écrit à ce sujet. On peut dire que l'état de la médecine étrangère est parfaitement apprécié en Portugal, et à l'égard du traitement de l'ophthalmie, il n'y a peut-être pas une idée qui ne soit connue, ou même qui n'ait été reproduite chez nous d'une manière plus ou moins détaillée. Il va sans dire que les écrits et les opinions des médecins belges nous sont toutefois les plus familiers, étant eux-mêmes le plus souvent consultés pour la pratique dans une maladie où l'expérience de beaucoup d'années a rendu la Belgique

comme le centre de tout l'enseignement sur l'ophthalmie. Ainsi donc, vous voyez bien pourquoi, en nous occupant de tous les moyens employés contre cette maladie, nous n'aurions dit que ce qu'on sait partout.

Nous allons nous en tenir, par conséquent, à l'exposition de quelques idées qui prédominent aujourd'hui parmi les chirurgiens militaires portugais, à l'égard des méthodes thérapeutiques plus connues, en terminant par celles des ressources qui sont à présent d'un emploi plus commun. Pour ce qui est de la purulence et des accidents si variables qui compliquent l'ophthalmie, nous n'en dirons rien, le traitement de ces états ne pouvant y gagner que la confirmation de ce qui a été dit à l'étranger.

Commençons par la méthode de M. Buys, car l'acétate de plomb neutre, qu'on trouve si préconisé en Belgique, est le moyen à l'égard duquel le résultat de l'expérience diffère le plus en Portugal.

L'emploi de l'acétate de plomb a été fait, depuis presque le commencement de l'épidémie, par tous les chirurgiens militaires qui ont eu à traiter l'ophthalmie ou, pour mieux dire, les granulations. Les résultats obtenus par MM. Valle, Moraes, etc., ont été depuis lors peu favorables à la renommée dont jouissait cette méthode, et ces chirurgiens n'ont pas hésité à les faire connaître, tout différents qu'ils étaient de ceux obtenus par d'autres praticiens en Belgique (1).

En 1854, M. Sa Mendes en a parlé aussi dans quelques annotations, qu'il a faites à un travail publié en Belgique par M. Meynne (2). Selon lui, seulement dans un cas il a pu couvrir avec le sel toute la surface conjonctivo-palpébrale sans voir s'ensuivre une forte réaction. Chez tous les autres malades, la tuméfaction et la sensibilité se développaient si intenses, qu'il a été ensuite impossible pendant plusieurs jours de toucher les conjonctives.

Plus tard, M. Sa Mendes a voulu encore essayer l'acétate de plomb, car il ne savait pas à quoi attribuer cette différence si remarquable dans les suites de son application. Dans cette nouvelle tentative, le chirurgien militaire portugais a pris d'une manière rigoureuse tous les soins recommandés depuis M. Buys et feu le docteur Cunier, jusqu'aux préceptes de M. Meynne, en ôtant même les essuie-mains aux malades, comme ce praticien belge le conseille. Mais alors ce n'était plus ni la tuméfaction ni la sensibilité qui empêchaient le sel de plomb d'être mis au même rang qu'il avait obtenu en Belgique. Soit à cause de la plus rigoureuse exécution de la méthode, soit en vertu de l'application de compresses trempées dans l'eau végéto-minérale, soit parce que le sel était plus porphyrisé, l'acétate de plomb a pû être employé plusieurs fois sans développer beaucoup de souffrance, quoiqu'elle fût toujours plus forte que celle causée par le nitrate d'argent. Toutefois, l'observation de M. Sa Mendes n'a fait que l'affermir dans l'opinion qu'il avait déjà émise. Quand même il y aurait toujours la possibilité de faire l'application du sel de plomb, ce praticien la croyait plus nuisible qu'avantageuse, parce que les incrustations du sel agissaient comme des corps étrangers, lesquels avaient par conséquent les mêmes inconvénients que les granulations. Lorsque les incrustations étaient tombées, on voyait quelquefois reparaître les granulations qu'on supposait guéries (3).

L'emploi de l'acétate neutre de plomb n'a donc pas été plus heureux en

(1) *Indagações clinicas sobre a ophthalmia do exercito portuguez. Escholiaste medico*, n° 2 de la 2e série, 1851. — *Jornal da Sociedade das sciencias medicas de Lisboa*, février 1850.

(2) *Escholiaste medico*, n° 55 de la 2e série, 1854.

(3) Mémoire intitulé : *Qual é o tratamento preferivel nas granulações da conjunctiva*, 2e partie. *Escholiaste medico*, n° 25 de la 5e série.

Portugal qu'il ne l'a été en France, où les opinions de MM. Desmarres et Sichel lui sont contraires. Alors M. Sa Mendes est retourné, comme l'avaient fait d'autres confrères, à l'usage du nitrate d'argent, dont l'action pouvait être mieux bornée, l'expérience lui ayant appris, dans des milliers de cas de cautérisation, comment et dans quelles circonstances on pouvait l'employer sans avoir à craindre tous les accidents qui rendent cette application si dangereuse dans des mains peu exercées.

Malgré toute la supériorité du nitrate d'argent comme moyen de combattre les granulations, il n'existait pourtant pas de thérapeutique tout à fait irréprochable. Pour faire disparaître les granulations par absorption, comme on l'a conseillé, la chose n'était pas toujours possible, puisque, dans le plus grand nombre des cas, elles passaient à l'état chronique et ne guérissaient pas. Par la méthode de MM. Fallot et Loiseau, l'ulcération des conjonctives produisait bien souvent des cicatrices irrégulières et un tissu inodulaire qui entretenait et développait quelquefois même des complications, telles que les kératites panniformes, les épanchements plastiques, les ulcères de la cornée, etc. Par la méthode recommandée par M. Hairion, enfin, les résultats n'étaient pas plus sûrs. Ces inconvénients ont été remarqués par tous les chirurgiens militaires qui ont eu à traiter cette maladie; mais M. Sa Mendes les a fait connaître à différentes fois, tout en donnant la préférence au crayon de nitrate d'argent (1).

Les essais continuèrent pourtant, dans le but de trouver un traitement plus profitable des granulations conjonctivales, et l'occasion s'est présentée d'expérimenter un procédé, que nous avions rencontré dans les lectures professées à Londres par M. France, du *Guy's Hospital*. De ces lectures nous avons fait quelques extraits dans l'*Escholiaste medico*, spécialement sur ce qui appartenait au traitement des granulations, de l'ophthalmie purulente, de l'iritis syphilitique, etc. (2). Ce fut M. Sa Mendes qui eut le mérite de vérifier dans sa vaste pratique le traitement vanté par le chirurgien du *Guy's Hospital*, et le résultat a été si heureux, que le procédé de M. France est resté depuis cette époque dans la pratique.

Les scarifications oculaires, ont été tour à tour préconisées et abandonnées, depuis Hippocrate, le premier qui en ait parlé. Pour les granulations, ce traitement chirurgical a été même recommandé dans plusieurs cas spéciaux par M. Hairion (3), et encore par M. Sichel, lors de la publication des premières livraisons de son *Iconographie ophthalmologique* (4). Mais le procédé de M. France en diffère par la généralisation, par le nombre des incisions, par leur direction, par l'application immédiate d'un cathérétique, et enfin par le moyen qu'il emploie dans de certaines circonstances, c'est-à-dire la division de l'angle externe de l'œil. Ces scarifications oculaires, selon la manière adoptée par M. France, ne méritent rien moins que le nom de saignée de l'œil, avec la différence qu'elles sont faites presque toujours sur les conjonctives palpébrales, au lieu de couper les vaisseaux de la conjonctive bulbaire, comme M. Desmarres le pratique avec tant de succès dans d'autres circonstances.

Pour mettre le Congrès à même de juger cette manière de traiter les granulations dans l'armée portugaise, nous ne pouvons rien faire de mieux que de

(1) Voyez encore le mémoire cité.

(2) Nos 23, 24 et 27 de la 2e série 1854.

(3) *Nouvelles considérations pratiques sur l'ophthalmie de l'armée. Archives belges de médecine militaire*, t. IIe.

(4) Voyez l'article *Traitement de l'ophthalmie granulaire.*

présenter ici quelques renseignements que M. Sa Mendes a bien voulu nous donner. La pratique qu'il a acquise par l'usage journalier des scarifications rend le procédé plus précis; il y a même ajouté plusieurs considérations qui en rendent l'emploi très sûr et très profitable.

Dans sa clinique ophthalmologique à l'hôpital militaire de Lisbonne, M. Sa Mendes divise les malades en trois classes : 1° Ceux qui, ayant souffert de conjonctivites sans granulations, sont ensuite affectés de ce phénomène. 2° Ceux qui entrent à l'hôpital avec des granulations vésiculeuses, ou quelques granulations charnues, dans l'état sous-aigu, ou même sans être dans cet état, mais qui sont vierges de tout traitement et ne datent pas de très longtemps. 3° Enfin, ceux qui se présentent avec des granulations charnues plus ou moins développées, plus ou moins anciennes, lesquelles viennent presque toujours accompagnées de complications oculaires, telles que le pannus, les ulcères kératiques, etc., et datent de plus ou moins longtemps, ayant déjà subi un traitement quelconque.

Tous les malades compris dans ces trois classes sont traités à l'hôpital militaire de Lisbonne, quelques cas exceptés, par les scarifications dès le commencement, secondées toutefois par des applications de sulfate de cuivre, qui sont l'accessoire du traitement. Ce procédé est continué tant qu'il produit de bons effets, et, en général, on ne l'abandonne que lorsque les malades en ont obtenu tous les avantages.

Mais les résultats en sont différents selon les conditions où se trouvent les malades. Dans ceux de la première classe on n'obtient pas toujours un succès complet, ou, s'il se manifeste, c'est d'une manière plus difficile et plus lente que dans les autres cas. Il semble que l'excitation produite par les incisions et les cautérisations avec le sel de Vénus font accroître celle qui est la conséquence de la phlogose aiguë, et que par cela, la cause productrice des granulations ayant été maintenue, elles stationnent ou se reproduisent. Dans ceux de la seconde classe, on voit des effets plus certains et plus remarquables ; les granulations vésiculeuses après avoir été incisées, s'aplatissent peu à peu et finissent par disparaître. Les granulations charnues, qui durent plus longtemps, n'y résistent non plus presque jamais. Pour ce qui est des malades de la troisième classe, le procédé des scarifications y produit de vrais miracles, soit en réprimant des granulations très volumineuses et anciennes, soit en diminuant l'épaisseur de la conjonctive hypertrophiée, en lui rendant en partie ses qualités normales, soit encore en améliorant et en guérissant même les complications kératiques.

M. Sa Mendes possède un grand nombre d'observations de toutes ces classes de maladies. Ce n'est pas seulement à l'hôpital, mais aussi dans la clinique civile que le chirurgien militaire portugais a obtenu des succès vraiment éclatants. Dernièrement, un garçon, ancien élève à la Casa-Pia, a été complétement guéri de granulations anciennes et de complications kératiques au moyen de ce traitement.

Pour ne pas trop allonger ce travail, nous ajouterons ici seulement quelques observations des cas les plus graves. Deux des malades ont été observés par nous-même avant leur entrée à l'hôpital; et après leur sortie, nous avons constaté la guérison la plus complète.

Première observation. — José Martins, soldat du 11e régiment d'infanterie, avait subi un traitement pendant plusieurs mois, à l'hôpital civil d'Abrantes, à cause d'une affection oculaire granuleuse. Transféré de cet établissement dans l'hôpital militaire de Lisbonne, on observe des granulations charnues assez volumineuses, en très grand nombre et dures. Ces granulations, par le

frottement sur les cornées, y avaient développé l'épaississement de la conjonctive kératique, d'où il s'en était suivi un affaiblissement considérable de la vue. Ce malade est traité par les scarifications et le sulfate de cuivre. L'état granuleux s'amoindrit de plus en plus; la conjonctive palpébrale revient à sa blancheur et à son poli naturels; les complications kératiques vont en progression décroissante; la vue peut s'exercer sans imperfection, et enfin, avec quelques bains de mer, le malade est parfaitement guéri, et est renvoyé dans son régiment.

Deuxième observation. — João Antonio; soldat du 3e de vétérans, entre à l'hôpital militaire de Lisbonne le 1er décembre 1855. On observe : granulations charnues, confluentes et dures, occupant les surfaces conjonctivo-palpébrales; injection de gros vaisseaux dans les conjonctives oculaires, se continuant sur les cornées; ces organes entièrement couverts par des pannus charnus très épais; vision complétement perdue. Par les scarifications et les applications du sulfate de cuivre, on fait disparaître les granulations et en grande partie l'injection des vaisseaux; la guérison de ces produits morbides fait aussi diminuer de beaucoup l'épaisseur des pannus. Ensuite on prescrit les collyres d'azotate d'argent à haute dose; on continue les scarifications sur les vaisseaux mêmes les plus développés de la conjonctive oculaire, en les alternant avec les applications du sel de Vénus; enfin, on emploie le perchlorure de fer à 30°, et par ce traitement, qui a duré presque neuf mois, on obtient le dégorgement complet des vaisseaux, la transparence parfaite des cornées, et, par conséquent, la vision redevient ce qu'elle était avant toute affection (1).

Troisième observation. — Feliciano d'Almeida, soldat du 7e d'infanterie, entre à la clinique ophthalmologique de l'hôpital militaire de Lisbonne le 9 octobre 1856. C'est la seconde fois qu'il souffre des yeux. L'examen montre : sur les conjonctives palpébrales supérieures, granulations charnues, confluentes et d'un volume considérable, offrant à la vue l'aspect de la fraise; dans les conjonctives bulbaires, injection de caractère catarrhal, laquelle se termine à la circonférence kératique; à la partie supérieure et externe de la cornée gauche, un ulcère circulaire très large et profond; photophobie et épiphora; sécrétion de muco-pus. Avec les scarifications et le sulfate de cuivre, la conjonctivite oculaire disparaît; les granulations sont absorbées comme par enchantement, l'ulcère se cicatrise; les conjonctives tarsiennes recouvrent leur couleur et leur poli. Ce dernier résultat a été favorisé par l'usage de la pommade de précipité rouge en l'alternant avec le sel de Vénus. Le malade a été parfaitement guéri en moins d'un mois, car il est sorti de l'hôpital le 7 novembre.

Voyons maintenant la manière de procéder, d'après M. Sa Mendes.

Avec le scarificateur de M. Desmarres il fait sur la conjonctive palpébrale un grand nombre de petites incisions, parallèles au bord libre de la paupière, très superficielles et de peu d'étendue. Le nombre en peut varier selon l'extension de la surface affectée, ou le nombre même des granulations; mais dans les cas plus graves, elles arrivent jusqu'a 40 et même 50, d'un à deux millimètres chacune. Très longues ou très profondes, elles auraient le risque d'attaquer les conduits des glandules de Meïbomius et les cartilages tarses mêmes, et de produire des cicatrices considérables qu'on a toujours intérêt à éviter. En général, on n'incise que les granulations. Les incisions faites, on laisse couler le sang, et l'on facilite cet écoulement par des lotions d'eau tiède et en donnant certaine liberté à la paupière, qui se trouve renversée.

(1) Cette observation et celle qui suit ont été publiées dans un travail de M. Sa Mendes : *A questão da ophthalmia do regimento* 12. 1856.

Aussitôt que le sang a cessé de couler, on procède à l'application du sulfate de cuivre, plus ou moins légèrement, suivant l'excitabilité du malade.

Quelquefois, dès le début, et presque toujours à la fin du traitement, le sang qu'on est parvenu à faire couler est en très petite quantité ; mais, dans ces cas mêmes, les scarifications sont d'un grand avantage, parce qu'elles permettent l'action immédiate du sel de Vénus.

Lorsque les scarifications ne sont plus nécessaires, on a recours seulement aux applications du sulfate de cuivre, les alternant avec la pommade de précipité rouge jusqu'à la complète absorption des granulations et de la plus grande partie de l'injection de la conjonctive.

M. Sa Mendes ne suit aucune règle sur la répétition des scarifications, il est dirigé en cela par l'état de chaque malade; cependant, il les emploie plus fréquemment dans les cas chroniques ou anciens que dans les cas aigus ou de très courte durée; de manière que sur les premiers il les pratique tous les jours, et de deux en deux jours sur les seconds.

Le temps nécessaire pour obtenir une guérison complète est très variable, selon les circonstances; mais on peut dire qu'il est en général d'un à plusieurs mois.

Un des avantages de ce procédé, c'est d'ôter toutes les complications, au lieu de compliquer l'état granuleux, comme cela arrive avec le nitrate d'argent. Mais ce qui le recommande surtout, c'est l'état où il laisse la conjonctive, parce qu'on n'y voit plus aucune lésion qui puisse faire souffrir le malade, comme des cicatrices irrégulières, des incrustations, etc., résultats des moyens employés jusqu'à présent. Chez les soldats qui finissent leur temps de service, et changent, par conséquent, d'habitudes et de profession en se soustrayant aux conditions de l'état militaire, on ne reconnaît plus aucun vestige de la maladie, et généralement la guérison est aussi complète que durable.

Vous le voyez, Messieurs, on est arrivé en Portugal à une thérapeutique convenable des granulations. Mais le nitrate d'argent est loin d'avoir pour cela perdu sa légitime importance : M. Sa Mendes l'emploie dans des cas, à vrai dire, rares, où les scarifications n'apportent pas une guérison définitive des granulations. Le plus souvent, le sel lunaire est employé à titre d'auxiliaire, le chirurgien portugais ayant vu qu'après deux, trois ou même un plus grand nombre d'applications du crayon de nitrate d'argent, les granulations sortent de leur état apathique, pour ainsi dire, et les scarifications sont alors d'une efficacité plus marquée.

A l'égard du nitrate d'argent, il faut encore ajouter que la majorité des chirurgiens militaires portugais, particulièrement M. Sa Mendes, ne l'emploient que très légèrement, et à des intervalles très longs, l'expérience leur ayant enseigné que, même de cette manière, il est facile de produire quelques ulcères de la conjonctive. Seulement, dans un autre cas d'une grande opiniâtreté, le nitrate d'argent a été employé profondément et comme moyen destructif.

En terminant cette note, nous exprimerons le vœu que le procédé de M. France devienne aussi l'objet de quelques essais dans la clinique des médecins belges; nous espérons que ces essais feront naître la confiance et donneront les résultats admirables que nous avons signalés.

DE L'OPHTHALMIE MILITAIRE EN DANEMARK.

I

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA NATURE DE L'OPHTHALMIE DITE MILITAIRE, PAR RAPPORT A SON APPARITION DANS L'ARMÉE DANOISE EN 1851.

PAR J.-CHRÉTIEN BENDZ,

Professeur; Médecin supérieur de la garde du corps de S. M. le roi de Danemark.

MÉMOIRE DÉDIÉ AU DOCTEUR FALLOT,

Médecin en chef honoraire de l'armée, Président de l'Académie de Médecine de Belgique.

A l'observateur fidèle et impartial, au médecin réfléchi et consciencieux qui, par ses lumières, sa sagacité et son esprit méditatif, a si puissamment contribué à démêler le grand chaos de l'ophthalmie militaire.

I. — Historique.

Pour éclairer la nature mystérieuse de l'ophthalmie militaire, rien n'est, à mon sens, plus instructif que l'étude de la manière dont le fléau s'est introduit en Danemark, et la forme insidieuse qu'elle a prise pour s'y glisser lors de sa première apparition dans ce pays.

Il est établi aujourd'hui qu'aucun médecin danois n'avait observé cette affection, parmi les populations de notre pays, avant 1851, époque à laquelle se terminèrent les troubles intestins, dont il avait été le théâtre depuis le commencement de 1848.

Cependant plusieurs occasions s'étaient déjà présentées avant cette période, qui auraient pu donner lieu à son importation, telles entre autres que le siége de la ville de Copenhague en 1807 par les Anglais, débarquant sur les côtes de l'île de la Seeland une armée d'environ 30,000 hommes qui en souffraient beaucoup. Il est vrai qu'après leur départ, nos autorités avaient pris des mesures pour éviter que la contagion se propageât par l'intermédiaire des locaux qui leur avaient servi d'infirmeries. Quoi qu'il en soit, le mal disparut entièrement de nos contrées, ne laissant pas de traces parmi nous, ce qui est d'autant plus remarquable que ces mêmes armées, en revenant d'Egypte, le propagèrent aux troupes ainsi qu'aux habitants de plusieurs autres pays où elles mirent pied à terre.

Dans l'espace de temps qui s'écoula de 1815 à 1848, un contingent de troupes danoises, d'environ 5,000 hommes, participa à l'occupation de la France avec les armées alliées. Nos régiments étaient entourés de tous côtés des troupes anglaises et russes, qui comptaient un grand nombre d'ophthalmiques; mais notre corps revint en Danemark, vers la fin de 1818, sans ramener un seul soldat qui en souffrît.

Une troisième occasion se présenta en 1842-44, époque de la construction du chemin de fer de Kiel à Altona, dans le duché de Holstein. La force ouvrière de ce pays ne suffisant pas aux besoins de cette entreprise, il fallut avoir recours à une foule d'ouvriers étrangers, qui accoururent de tous les côtés de l'Allemagne. L'ophthalmie, amenée par ces étrangers, régna même d'une manière assez étendue sur une partie d'entre eux. Cependant, le chemin de

fer achevé, le mal nous quitta avec les ouvriers, sans laisser de trace de son existence dans cette province de la monarchie.

L'insurrection des duchés en 1848 devint enfin le point de départ de l'importation de ce fléau dans notre pays. D'abord les troupes de la Confédération germanique, qui pénétrèrent jusqu'au cœur de la péninsule cimbrique, en étaient atteintes en grand nombre : puis, l'armée holsténoise ayant commencé à se recruter d'une foule d'anciens soldats qui avaient servi dans les armées de l'Allemagne, le mal ne tarda pas à s'introduire également dans ses rangs et à y faire des progrès constants. Aussi, parmi les prisonniers de guerre de cette armée, qui furent transportés à Copenhague après diverses batailles, y en eut-il déjà plusieurs qui en souffrirent. Mais il est toujours digne de remarque que, pendant tout ce temps, l'armée danoise en fut entièrement préservée, nonobstant la fréquence des occasions qu'eurent les deux armées de se communiquer leurs maladies.

Au commencement de 1851, la guerre finie, notre gouvernement recruta de nouveau l'armée dans le duché de Slesvig. Un grand nombre des recrues, levées à cette occasion, avaient servi dans l'armée holsténoise, et furent incorporées dans les corps de troupe danois, qui se trouvaient en garnison à Copenhague. Aussitôt après leur arrivée, des granulés et des ophthalmiques commencèrent à entrer dans l'hôpital de cette garnison, déclarant d'eux-mêmes qu'ils avaient souffert de cette affection pendant leur service dans l'autre armée. Chez tous ces malades, le mal affectait une forme très bénigne; la conjonctive palpébrale offrait des granulations vésiculeuses et charnues, mais sans blennorrhée ni ophthalmie proprement dite. Cette forme, en apparence inoffensive du mal, donna lieu à une divergence d'opinion, quant à sa nature, parmi les médecins militaires de cette garnison, les uns en déniant tout à fait l'identité avec le mal oculaire connu depuis longtemps sous le nom d'ophthalmie contagieuse ou égyptienne, les autres étant d'un avis contraire. Quoi qu'il en soit, ces circonstances conduisirent à ce triste résultat, que rien ne fut fait en temps utile de la part des autorités militaires ou civiles, pour préserver les corps de troupes et les populations.

Une mesure, prise en 1852 par le ministère de la guerre, contribua essentiellement à répandre le mal sur tout le territoire de la monarchie. En effet, les troupes de pacification de la Confédération germanique ayant quitté le duché de Holstein, ce ministère ordonna une dislocation générale des corps de troupe de notre armée, de manière à ce que les corps, recrutés des provinces du royaume de Danemark occupassent les garnisons des duchés, et les corps, recrutés de ceux-ci, celles de la capitale et autres places du royaume. Ces derniers, qui n'avaient jamais cessé de compter un certain nombre d'ophthalmiques, allèrent donc propager le mal à la plupart des garnisons de cette partie de la monarchie, où jusqu'ici il avait été inconnu, tandis que les premiers, antérieurement exempts de ce fléau, devaient nécessairement le contracter en habitant les garnisons des duchés, éminemment infectées par le séjour durant trois ou quatre ans des troupes de l'armée holsténoise et de la Confédération germanique. Ces circonstances contribuèrent puissamment à répandre le mal dans notre pays, et à le faire éclater partout : d'une part la dissension des médecins militaires, unie à l'insouciance des autorités médicales, et de l'autre la situation éminemment difficile du gouvernement, nécessitèrent des mesures qui furent bien propres à favoriser l'extension du mal. Une commission, instituée en 1853, par ordre du ministère de la guerre, pour faire des recherches à cet égard dans la garnison de Copenhague et proposer des mesures de nature à entraver les progrès du mal, le

trouva déjà tellement répandu parmi les troupes de cette garnison, que, sur un effectif de 6,171 hommes, il y en avait 1,156 d'affectés. Aussi la recherche des recrues, arrivées en même temps, prouva-t-elle à l'évidence qu'il s'était déjà propagé aux populations civiles du pays. Une autre commission, instituée en 1856 dans le même but, trouva 1,437 granulés sur un effectif de 5,371 hommes; et des 2,674 recrues qui arrivèrent de toutes les provinces de la monarchie, il n'y en avait pas moins de 320 qui l'avaient contractée dans leurs foyers.

Les trente-trois corps de troupes dont se compose l'armée danoise en ont souffert plus ou moins, à l'exception de quatre ou cinq seulement. Ce sont surtout les garnisons de Copenhague, d'Elseneur, de Rendsbourg et d'Altona, qui en ont été le plus rudement attaquées.

A fur et à mesure que le mal se répandait, il s'accrut aussi en intensité, et des blénorrhées surgirent de temps en temps, détruisant la vue en peu de jours, et en tout semblables à celles qui ont fait tant de ravages dans les armées de l'Europe depuis le commencement de ce siècle.

Forcée par des faits incontestables, qui chaque jour se prononcèrent avec plus de force, la dissidence de nos médecins sur son identité avec le mal oculaire réputé égyptien cessa enfin, mais seulement pour faire place à d'autres divergences d'opinion, roulant sur la contagiosité des divers degrés du mal, sur son caractère purement contagieux ou épidémique, sur la valeur pathologique des granulations vésiculeuses, dites primitives, comme germe du mal, et sur les bornes à assigner au traitement.

Après avoir fait mention, dans ce qui précède, des circonstances particulières qui ont accompagné et favorisé l'apparition en Danemark de l'ophthalmie militaire, et démontré, je pense jusqu'à l'évidence, l'importation de ce fléau en 1851 dans notre pays, qui en avait été exempt jusque-là, je vais entrer dans quelques considérations pratiques et développer mes vues sur les questions les plus importantes qui ont été agitées, par rapport à sa pathologie en général, ainsi qu'à son traitement. Je m'appliquerai avant tout à faire ressortir l'aspect qu'a pris parmi nous ce mal protéiforme, de même que les moyens qui ont le plus réussi, dans ma pratique, à en vaincre l'opiniâtreté.

II. — Considérations pratiques au point de vue de sa pathologie et de sa thérapeutique.

§ Ier. — *Définition, nom, nature, fréquence.*

D'après l'expérience que j'ai eu l'occasion de recueillir dans l'espace de cinq ans, en visitant les yeux de plusieurs milliers de ces malades et en en traitant moi-même plus de six cents, je considère l'ophthalmie contagieuse ou militaire comme une affection purement locale, résidant dans la conjonctive des paupières, et due à un principe contagieux propre, dont nous ne connaissons ni la nature, ni le véhicule. Ce mal, qui revêt une forme spécifique, quoique bien variable, a pour siége de prédilection les glandes muqueuses ou vésiculeuses de la conjonctive palpébrale, et n'attaque que secondairement le corps papillaire des paupières; il se propage uniquement par contagion, le plus souvent par voie miasmatique ou par l'infection de l'air, plus rarement par voie immédiate ou directe; il ne devient jamais épidémique dans notre climat, ce mot étant pris dans le sens pathologique le plus strict; il n'est donc pas capable de se développer spontanément ou sous l'influence de conditions

atmosphériques, partant il ne peut dépendre d'une altération du sang ni d'une dyscrasie quelconque.

Les auteurs ont beaucoup débattu pour trouver une dénomination qui fût propre à préciser la notion de cette affection : nous connaissons leurs vains efforts à cet égard. Si, dans ces recherches, nous prenions pour point de départ le siége anatomique de sa lésion principale, il nous semble qu'il faudrait l'appeler *adéno-conjonctivite des paupières;* mais il serait nécessaire d'y ajouter le mot *spécifique*, pour la bien distinguer d'autres blépharophthalmies, dans lesquelles le même appareil de sécrétion est attaqué, sans constituer néanmoins le siége principal de leurs lésions.

Il s'agit donc d'un *morbus sui generis* à proprement parler, ayant pour cause unique un principe contagieux ou virus spécifique. Celui-ci est engendré par un travail morbide de nature spéciale, qui s'opère dans les glandes vésiculeuses de la conjonctive, espèce de follicules muqueux clos, presque microscopiques, à travers les parois desquelles ce principe se fait jour par exosmose, uni au produit altéré de leur sécrétion. Arrivé à la surface de la muqueuse oculaire, il se mêle intimement à la sécrétion normale de l'œil, et, se volatilisant avec elle, infecte l'air qui environne les malades. On ne connaît pas le véhicule de ce principe. Je me crois autorisé à disputer ce rôle aux globules de pus, par le seul fait que la maladie se propage même dans des cas où la conjonctive n'est le siége d'aucune sécrétion anormale.

J'ai dit que c'est surtout par voie miasmatique que la contagion se répand, bien que je ne méconnaisse point la grande difficulté de prouver ce fait par quelque expérience que ce soit. En effet, ce n'est que par des signes rationnels qu'il nous est permis de pénétrer la vérité sous ce rapport, nos expériences pour surprendre les voies de la nature restant toujours infidèles à cause de la défectuosité de nos moyens d'investigation. Pour moi, j'y suis arrivé, après cinq ans d'une observation rigoureuse et impartiale dans un corps de troupes, qui a été très désolé de ce mal, et après avoir participé aux recherches de deux commissions, chargées d'inspecter les yeux de douze mille hommes, appartenant à la garnison de Copenhague. Au reste, je ne suis pas le premier qui ait osé émettre cet avis : il y a trente-six ans, M. J.-B. Müller (1) en avait fait autant, et dernièrement M. Wasserfuhr (2), après trente-huit ans d'expérience dans l'armée prussienne, est arrivé au même résultat.

Mais ce principe contagieux, ce virus spécifique, d'où vient-il? A-t-il existé toujours en Europe? Quelle en est l'origine?

La réponse à faire à ces questions, d'un grand intérêt, a été l'objet des recherches et des études les plus approfondies d'une foule d'auteurs, sans qu'aucun d'eux soit encore parvenu à les résoudre d'une manière qui ralliât les convictions.

Les uns prétendent que l'ophthalmie catarrhale peut aussi avoir la propriété de se répandre par contagion, et que notre mal, possédant cette propriété à un degré beaucoup plus élevé, n'est qu'une dégénération de celle-là, opérée par des conditions spéciales de développement, les conditions de guerre surtout, qui exposent les armées aux fatigues de tout genre, à la malpropreté, à l'encombrement des locaux, etc. A leur sens, une telle dégénération peut s'opérer partout, sans dépendre d'aucun lieu, ni d'aucun climat. Si l'on voulait adopter cette manière de penser, il serait toujours difficile d'expliquer

(1) J.-B. Müller. *Erfahrungssätze über die contagiöse oder ægyptische Augenentzündung.* Mainz, 1821, p. 107.

(2) A.-F. Wasserfuhr. *Beiträge für die Militär-Heilpflege im kriege und im Frieden.* Erlangen, 1857, p. 59.

pourquoi l'ophthalmie militaire ne s'est pas montrée en Europe avant l'expédition d'Egypte, bien que les guerres prolongées des siècles passés eussent aussi fourni abondamment les conditions de développement supposées propres à la faire éclore spontanément. Tirant vraiment son origine de cette source, elle aurait aussi, sans doute, gardé quelque ressemblance, pour ses phénomènes, avec l'ophthalmie catarrhale, tandis que tous les auteurs qui se sont sérieusement occupés du diagnostic différentiel de ces deux affections n'y trouvent que très peu de caractères communs.

D'autres pensent que le mal dont il s'agit n'est nullement nouveau en Europe, et qu'il y a existé de temps immémorial, notamment dans les pays du Sud, à savoir en Espagne, en Calabre et en Crimée, etc., peut être même dans les basses contrées du Rhin, en Allemagne, en Hongrie, etc. En face d'assertions de cette nature, il est bon de faire observer d'abord que des oculistes d'un grand mérite, tels que Beer, Scarpa, Schmidt, qui ont écrit avant l'expédition d'Egypte et observé les maux d'yeux avant cette époque, ne mentionnent même pas le phénomène le plus saillant de cette affection, les granulations palpébrales, qui paraissent même leur avoir été complétement inconnues.

Cependant, on ne saurait contester que plusieurs sortes de conjonctivites palpébrales peuvent s'accompagner d'inégalités ou d'aspérités de la même espèce que celles que plus tard on est convenu d'appeler *granulations*, et que plusieurs ouvrages des anciens nous ont transmis des descriptions qui nous autorisent à conclure qu'ils ont observé les granulations dans plusieurs parties de l'Europe. Mais, outre que ces descriptions sont en général très imparfaites, trop peu en harmonie avec l'observation des médecins de notre temps, et bien trop sommaires pour nous permettre d'en tirer des conclusions dignes de foi, il faut convenir en même temps que l'identité, même la plus complète, des phénomènes extérieurs ne nous permet nullement de conclure à l'identité de la nature des maladies, ce qui s'applique d'autant plus aux maladies en question, qu'elles n'ont pas été observées dans le même temps, ni à la même époque. Il est vrai, par exemple, que Maître-Jan (1) en parle dans son *Traité des maladies oculaires* de 1740 ; mais cet auteur ne fait nulle part mention de la contagiosité du soi-disant *trachôme* des paupières. Nul doute donc que ces aspérités de la conjonctive n'aient été bien différentes de celles que de nos jours nous connaissons sous le nom de *granulations*. Quoi qu'il en soit, nos ancêtres ne nous ont rien transmis, absolument rien, qui nous autorise à conclure que l'ophthalmie militaire ait régné en Europe avant l'époque de l'expédition d'Egypte, accompagnée des phénomènes qui la caractérisent depuis le commencement de ce siècle. Ceux qui ne partagent pas ces vues ne nous expliquent nullement pourquoi ce mal, bien qu'existant en Europe avant cette période, ne s'est pas étendu aux armées de cette partie du monde, nonobstant les guerres prolongées dont elle fut le théâtre avant l'expédition d'Egypte.

J'arrive enfin à l'opinion de ceux qui prétendent que l'expédition en Egypte des Français et des Anglais, en 1798-1801, a donné lieu à l'importation de ce fléau en Europe, et que par sa propriété éminemment contagieuse il a fini par envahir presque tous les pays de notre partie du monde, sans jamais quitter le terrain où on lui a laissé le temps de se fixer. C'est à M. Decondé que revient le grand mérite d'avoir éclairé d'une manière presque irréfragable les conditions qui se rattachent à cette filiation. Je me range à son opinion, comptant ce mal parmi ceux qui nous sont venus par migration de l'Est vers l'Ouest, à l'exemple

(1) Maitre-Jan. *Traité des maladies de l'œil.* Paris, 1740. p. 477.

d'une foule d'autres maladies, telle que la peste, la variole, la rougeole, le choléra, etc.

Pour sa fréquence, il suffit de savoir que l'adéno-conjonctivite spécifique règne dans les Indes orientales comme dans les Indes occidentales, en Asie et en Afrique comme en Amérique, et que depuis son apparition en Europe, au début de ce siècle, elle s'y est tellement répandue, qu'à présent la Norwége, l'île de l'Islande et les Färöer sont peut-être les seuls pays qui en soient encore exempts.

§ II. — *Causes.*

Le point principal de l'étiologie de cette étrange affection se borne donc au fait important qu'elle est due à un principe contagieux de nature spéciale : car, sans contagion point d'ophthalmie militaire, celle-ci ne se produisant jamais spontanément dans nos contrées. Cet agent, on est en droit de l'appeler *spécifique*, vu sa propriété de provoquer toujours la même maladie sous la même forme caractéristique. Mais, comme tous les individus ne la contractent nullement par le seul fait qu'ils sont exposés à son action, il s'ensuit que, pour la contracter, ils doivent y être prédisposés. Puisqu'il s'agit donc de causes prédisposantes, j'ajouterai ici les observations qu'on a été à même de faire sous ce rapport en Danemark.

D'abord je dois faire remarquer que les recrues, ici comme ailleurs, se sont montrées chez nous très disposées à en être affectées. Leur arrivée aux garnisons, à la fin du mois de mai, jointe à l'influence bien constatée de la saison des chaleurs, n'a cessé de contribuer à l'extension du mal pendant l'été. La contagion du mal a donc cela de commun avec celle de tant d'autres maladies contagieuses, qu'elle agit de préférence sur les nouveaux venus, la susceptibilité d'en être pris s'émoussant au contraire de plus en plus chez ceux qui y ont été exposés depuis longtemps.

Quelquefois j'ai fait l'observation que l'état d'irritation des yeux, provoqué, de quelque manière que ce soit, de même que l'ophthalmie catarrhale la plus légère, se manifestant dans un corps de troupes où règne l'égyptiaca, subit en peu de jours une modification de nature à les transformer en ophthalmies granuleuses les plus prononcées. Ailleurs on a fait la même observation sous les mêmes conditions. M. Eble explique par cette raison la rareté de l'ophthalmie catarrhale pure dans les lieux où a regné longtemps l'ophthalmie contagieuse.

On a constaté chez nous, de même que dans d'autres pays, l'effet nuisible des gardes pour les soldats. En effet, elles produisent un état de congestion ou d'irritation des yeux qui prédispose éminemment les hommes sains aux effets de la contagion, et aggrave le mal de ceux qui en souffrent déjà au point de provoquer parfois la blennorrhée là où auparavant il n'existait qu'à son premier degré. Il en est de même des exercices et des marches forcées, bien qu'à un moindre degré.

Dans notre armée, on n'a eu l'occasion d'attribuer aucune influence productrice ni aux vices de l'uniforme, dont le collet est agrafé comme ailleurs, mais échancré, ni au shako, dont le rebord se distingue cependant par un degré assez considérable de résistance et de dureté. Au corps de grenadiers de la garde, dont je dirige le service sanitaire, les hommes n'ont pas seulemement le collet de l'habit bien agrafé, mais dans le service ils portent pour coiffure un bonnet à poils d'ours assez lourd, et hors du service un bonnet de police sans visière. Bien que ce corps de troupe appartienne à ceux de la garnison de Copenhague qui ont été le plus désolés par le mal, je n'ai cepen-

dant aucune raison de faire entrer la coiffure parmi ses agents producteurs. Au commencement de 1855, sur un effectif d'environ 400 hommes, il y eut 110 granulés ophthalmiques : à présent, après deux années révolues, il n'en reste que 10. Or, cette amélioration s'est opérée sans qu'on ait fait le moindre changement à la coiffure des soldats. C'est aux visites fréquentes des yeux, au traitement des malades, tant à l'hôpital qu'à la caserne, et aux améliorations des conditions hygiéniques, qu'est dû l'heureux résultat qui est venu couronner mes efforts. Pour la constriction du cou, j'ajouterai qu'en traitant ces malades j'ai observé plus d'une fois qu'un col serré et agrafé nuisait beaucoup à la guérison ; je ne cesse donc d'y faire attention.

Enfin, je dois mentionner ici la singulière prédilection de l'œil gauche pour cette affection, prédisposition qui fait qu'il s'affecte non-seulement plus tôt, mais aussi à un degré plus élevé que le droit, bien qu'ordinairement les deux yeux soient pris en même temps. Cette observation, qu'on a faite assez généralement ici, est sans doute bien propre à éclairer le diagnostic au début, notre mal affectant à son premier degré une certaine analogie avec le catarrhe oculaire, qu'il est impossible de méconnaître. Mais cette disposition se déclare aussi d'une autre manière, encore plus saillante. Si, en effet, le malade a été assez malheureux pour perdre l'un des yeux, c'est le plus souvent l'œil gauche qui a subi la destruction, et s'il a perdu la vue des deux yeux, c'est encore le gauche qui a été le plus complétement détruit : dans des cas de ce genre, il ne reste quelquefois du globe de cet œil qu'un bien petit moignon, pendant que le malade conserve encore, à l'œil droit, les traces de diverses parties du globe. Je ne saurais m'expliquer cette bizarrerie pathologique qu'en y appliquant l'ancienne doctrine de l'infériorité du côté gauche du corps humain, doctrine dont nous sommes à même de constater la justesse dans une foule d'autres maladies.

§ III. — *Anatomie de la conjonctive palpébrale; lésions anatomiques.*

Avant d'aborder la description des symptômes et des diverses formes du mal, difficiles à bien faire ressortir sans la connaissance parfaite de la conjonctive à l'état normal et de l'origine des différentes lésions anatomiques qu'il détermine, j'ai quelques observations à présenter sous ces rapports.

La conjonctive se compose d'un épithélium très mince, d'un chorion d'une épaisseur variable et d'un tissu cellulaire sous-muqueux, tantôt très serré et très court, tantôt d'une laxité extrême. L'épithélium, inorganique qu'il est, ne participe pas au travail d'exsudation qui constitue l'essence de l'affection qui nous occupe. La seule altération qu'on y observe est la plus ou moins grande rapidité avec laquelle les cellules épithéliales se remplacent. Plus le travail morbide prend le caractère aigu, plus vite elles se renouvellent, bien qu'elles laissent quelquefois le chorion complétement à nu. Le chorion, au contraire, mérite une attention toute particulière, d'abord à cause de son corps papillaire, ensuite par rapport à l'appareil glandulaire qu'il renferme.

Une foule d'auteurs se sont depuis longtemps évertués à éclaircir la nature et les propriétés du corps papillaire ou villeux de la conjonctive palpébrale : on a fini par n'y voir autre chose que des prolongements du chorion, revêtus d'épithélium, semblables, sous plus d'un rapport, aux *villi* de la membrane muqueuse de l'intestin grêle. On est également d'accord maintenant sur ce point que cette disposition anatomique du chorion ne se trouve que dans la région tarsienne, s'étendant environ à une ligne ou une demi-ligne au-delà de son bord orbital.

C'est, en réalité, à la dégénération des papilles de ce corps que sont dues les granulations qu'on rencontre pendant le cours de plusieurs conjonctivites des paupières. Dans l'ophthalmie militaire, elles deviennent le siége d'un travail d'exsudation et ne tardent pas à se développer de plus en plus, le plasma s'organisant dans leur intérieur avec la plus grande facilité, de manière à prendre en fin de compte les formes les plus diverses. Au début cependant, avant que l'exsudation se soit organisée, l'épithélium est quelquefois tellement distendu par le fluide, qu'elles offrent la plus grande ressemblance avec les granulations vésiculeuses ou glandulaires. Ces papilles, en apparence vésiculeuses, s'en distinguent pourtant par un aspect opalin ou de porcelaine, que celles-là ne revêtent jamais. De là, très-probablement, l'erreur commise par plusieurs auteurs, qui rapportent avoir vu les granulations vésiculeuses dans la région tarsienne, qui, disent-ils, en était comme hérissée dans quelques cas rares. Si, avec la pointe d'une aiguille, on ouvre une telle granulation papillaire, qui affecte la forme vésiculeuse, on s'étonne de ce que, dans la plupart des cas, il ne s'en échappe pas de liquide ; que la papille au contraire reste érigée, soit que le plasma se soit déjà organisé, soit que les aréoles de son stroma le retiennent.

Toutefois, ce n'est que dans les cas plus avancés de l'ophthalmie militaire que les papilles subissent une dégénération aussi profonde, et ce sont surtout celles des paupières supérieures qui y sont le plus sujettes. En général, les granulations *papillaires* restent petites, acuminées, très rapprochées les unes des autres, et ont un aspect charnu, ce qui leur a valu le nom de *granulations charnues*. Je préfère appeler *papillaires*, les granulations vésiculeuses ou glandulaires pouvant de même subir la transformation charnue.

Il est vrai qu'une dégénération du corps papillaire, telle que je viens de la décrire, accompagne l'ophthalmie militaire dans la plupart des cas ; mais elle n'en constitue pas pour cela le symptôme essentiel ou pathognomonique. Au début, en effet, le trachôme peut exister sans la moindre affection ou le moindre développement morbide du corps papillaire, ce que j'ai vu maintes fois ; et les granulations papillaires à leur tour peuvent, à n'en pas douter, se montrer dans le cours de toute espèce de conjonctivite palpébrale devenue chronique. Quoi qu'il en soit, on n'a pas à s'étonner que ces conditions aient trompé les praticiens peu familiarisés avec les signes parfois ambigus de notre mal.

Mais le chorion renferme dans son tissu un appareil de sécrétion qui, par son importance, mérite toute notre attention, à savoir les glandules vésiculeuses ou muqueuses (*glandulæ cystiformes* ou *mucosæ*).

Déjà très anciennement, les anatomistes avaient reconnu que la muqueuse de l'œil ne possède pas de cryptes muqueux, de petites glandes ouvertes, semblables à celles d'autres membranes de la même espèce, et versant à la surface par leurs ouvertures un mucus sécrété. En excluant ces corps de la composition anatomique de la conjonctive, la nature a sagement empêché que nos yeux se remplissent à chaque instant de ce fluide, exposés qu'ils sont à toute espèce d'irritation venant de l'extérieur. Quelques auteurs sont même allés jusqu'à dénier absolument la présence, dans la conjonctive, de toute glande muqueuse proprement dite ; parmi eux se trouve M. Eble. Cet auteur qui s'est beaucoup occupé de l'anatomie de cette membrane, déclare nettement que, en dehors des glandes meïbomiennes et des glandes sébacées dont se compose la caroncule lacrymale, il n'en existe pas (1). M. Sappey, qui a publié dernière-

(1) Burchard Eble. *Ueber den Bau und die Krankheiten der Bindehaut des Auges*. Wien, 1828, page 48.

ment une description fort intéressante des glandes des paupières, ne fait pas mention des glandes cystyformes dont il s'agit ici. Les corps glanduleux que cet auteur décrit sous le nom de *glandes muqueuses ou sous-conjonctivales*, sont évidemment des glandes sébacées, appartenant à l'espèce des glandes racémeuses, et se distinguent aisément, tant par leur structure entièrement différente que par le conduit excréteur dont ils sont pourvus (1). Il paraîtrait que l'honneur d'avoir découvert ces glandes reviendrait aux anatomistes allemands, et que M. Krause les aurait vues le premier.

Quoi qu'il en soit, les glandules cystyformes dont j'ai à m'occuper forment de très petits sacs, qui ne sont appréciables à la vue, dans la plupart des cas, qu'au moyen d'une bonne loupe ou du microscope; ils sont d'une forme ronde ou ovoïde et d'une couleur blanchâtre. Ces sacs, qui représentent les glandes les plus simples, sont composés d'une membrane amorphe, très mince et très-pellucide, contenant un liquide rempli de cellules et de grains : ils ne sont pourvus ni d'ouverture, ni de conduit excréteur, et plongent dans la masse même du chorion, qui quelquefois paraît comme criblé de trous extrêmement fins à cause de la présence de ces corps diaphanes. Chez quelques sujets, on les voit proéminer à la surface de la conjonctive palpébrale, sous la forme de très petits points brillants; chez d'autres, au contraire, ils ne proéminent pas, mais se font remarquer par de très petits points qui, vus au microscope, laissent découvrir autant de très petites fosses, au fond desquelles sont attachées leurs extrémités conjonctivales, à l'exemple des glandes muqueuses de Peyer, qui appartiennent à la même espèce. L'autre extrémité du sac, la plus large, s'étend au tissu cellulaire sous-muqueux, qui lui fournit des vaisseaux et des nerfs. On ne connaît pas encore au juste la manière dont ces sacs, entièrement clos, font parvenir le produit de leur sécrétion à la surface de la conjonctive, soit par la rupture périodique de leurs extrémités conjonctivales, soit par la transsudation, sorte d'exosmose à travers les parois.

Ces corps glanduleux ont pour siége ordinaire le repli conjonctival ou la région rétro-tarsienne, le canthe externe et le repli semi-lunaire. Dans la région rétro-tarsienne, on les trouve ou épars çà et là sans ordre (*sparsæ*), ou disposés en séries l'une derrière l'autre, ou rassemblés en groupes (*agminatæ*) à l'instar des glandes de Peyer. Un de ces groupes, d'une forme rhomboïdale, se retrouve assez constamment dans la partie externe du repli, s'étendant en dehors et en bas jusque dans le canthe externe. Le pli semi-lunaire, et surtout son prolongement supérieur, est quelquefois parsemé d'un grand nombre de ces corps diaphanes, dont la présence se fait d'autant plus remarquer que la blancheur de la sclérotique sous-jacente relève leur pellucidité. Mais on en trouve de même, bien qu'en très petit nombre, dans le lac lacrymal, à la surface de la caroncule lacrymale, et dans la périphérie de la conjonctive bulbaire. Il y a des auteurs qui pensent qu'on en trouve aussi dans la région tarsienne, entremêlés aux papilles du corps papillaire. Sans vouloir le contester, bien que je ne les aie jamais observés en cet endroit, il est probable qu'ici on les a confondus avec les papilles vésiculeuses ou la dégénération du corps papillaire que j'ai mentionnée plus haut. Tous les auteurs sont d'accord sur la rareté de ces glandes dans la conjonctive du bulbe de l'œil : pour ma part, je n'en ai vu qu'un seul exemple. Dans ce cas, j'ai observé deux petites vésicules siégeant à une distance d'environ deux lignes du bord de la cornée. Quand elles affectent ce siége, elles se distinguent des phlyctènes,

(1) Sappey. *Recherches sur les glandes des paupières*; *Gazette Médicale de Paris*, 3e série, t. VIII, p. 528, 1854.

appartenant à l'ophthalmie catarrhale ou scrofuleuse, par l'absence de tout symptôme subjectif, par le manque absolu de vaisseaux sanguins au pourtour, par leur persévérance et leur extrême exiguité. Il n'en existe pas non plus sur la cornée. Les phlyctènes de cette membrane, si fréquentes dans le cours de l'ophthalmie militaire aiguë et subaiguë, ressemblent parfois beaucoup aux granulations vésiculeuses des paupières. Cependant, ce sont des exsudations siégeant sous la couche épithéliale de la cornée, dont elles dénotent toujours l'affection plus ou moins profonde; elles se rompent très vite et se transforment en ulcères superficiels, ce qui n'arrive pas aux granulations vésiculeuses de la conjonctive des paupières, qui ne se rompent pas et ne dégénèrent jamais en ulcères.

Les glandes vésiculeuses de la conjonctive président à la sécrétion d'un fluide, dont l'entretien dans l'état normal est de la plus grande importance pour la conservation de la vue. A l'état sain, leur contenu se mêle intimement aux larmes, ainsi qu'à la sécrétion séreuse de la surface conjonctivale, et produit par ce mélange un fluide qui maintient admirablement le poli de la cornée, de même que la souplesse de la conjonctive. La nature donc, en refusant aux cryptes mucipares, proprement dits, l'entrée dans la composition anatomique de cette membrane, les a remplacés par un appareil de sécrétion entièrement propre au but qu'elle s'est proposé d'atteindre. Ainsi, pour conserver la vue des individus qui souffrent de l'ophthalmie militaire, rien n'est plus urgent que d'éviter la destruction de ces corps. Si cela arrive, néanmoins, par l'usage imprudent des caustiques, la conjonctive palpébrale ne tarde pas à subir une perte de substance irréparable; elle se resserre, se ratatine, se ride, se sèche, et finit par présenter cet état que nous connaissons sous le nom de xerophthalmie et qui, tôt ou tard, pourra conduire à l'obscurcissement de la cornée.

Or, ce sont ces petites glandes qui font la base des granulations dites vésiculeuses ou primitives. A cause de cette origine, j'aimerais mieux les appeler *glandulaires*, pour les bien distinguer des granulations *papillaires*. Saisies d'une inflammation latente et spécifique, ces glandes constituent, en réalité, le point de départ de l'ophthalmie militaire; et, en propageant la phlogose au tissu propre de la conjonctive, leur affection provoque d'emblée ou plus lentement tous les phénomènes qui caractérisent ce mal.

Ce qui précède nous explique la grande difficulté d'extirper l'ophthalmie militaire d'un corps de troupes où ce mal s'est déjà fixé. D'abord l'adéno-conjonctivite latente peut exister longtemps chez un grand nombre de soldats sans que personne y fasse attention, et sans qu'elle produise des symptômes morbides bien apparents; et puis il s'agit de modifier, par un traitement quelconque, la vitalité de ces corps de manière à ce que leur affection cesse ou perde son caractère spécifique. Nul doute que ce but ne soit quelquefois très difficile à atteindre, tant à cause de leur siége retiré, que parce qu'ils sont clos, ce qui empêche d'agir directement sur la surface sécrétante elle-même.

Je ne saurais terminer ces remarques anatomiques sans appeler l'attention sur le rôle important que jouent dans cette affection les nerfs, et surtout le ganglion ophthalmique ou ciliaire. Ce ganglion est du nombre de ceux qu'on appelle mixtes, recevant des nerfs du système nerveux de la vie animale et de celui de la vie végétative. En effet, il reçoit un rameau de la troisième paire de nerfs cérébraux, qui est purement moteur, un autre de la cinquième paire, qui est principalement du domaine de la sensibilité; un troisième est fourni par le plexus carotidien. Par ces puissantes sympathies, nous pouvons

nous expliquer les divers états d'irritation, de congestion et de phlogose dans les parties internes du globe de l'œil qui se produisent avec tant de facilité, lorsque les paupières supérieures sont hérissées de granulations papillaires dures et irritantes, et pourquoi, dans une foule de cas, nous sommes en état de les faire cesser par un traitement approprié, dirigé contre ces granulations. Elles nous expliquent encore l'affaiblissement de la vue, si souvent accusée par les malades, puis l'amaurose, l'hydrophthalmie du segment antérieur et du segment postérieur de l'œil; enfin, la paralysie complète ou incomplète des muscles moteurs des paupières et du globe de l'œil, suites possibles de cette affection.

§ IV. — *Symptômes ; formes de la maladie.*

L'ophthalmie militaire diffère beaucoup, au point de vue phénoménologique, non-seulement par sa marche, qui peut revêtir le caractère chronique, subaigu ou aigu, mais encore sous le rapport de sa forme.

Dans la grande majorité des cas, elle débute par les granulations vésiculeuses, dites primitives, ne donnant lieu à aucun symptôme subjectif de quelque valeur, et n'étant accompagnée d'aucune altération appréciable de la sécrétion normale. Ces granulations peuvent même se transformer lentement en granulations solides et confirmées, sans changer la face des choses à cet égard. C'est pour ce même motif que quelques auteurs ont dénié la nature inflammatoire du mal à ce premier degré. M. Wasserfuhr vient d'émettre cet avis. Il serait évidemment absurde de ranger l'ophthalmie militaire, existant à ce degré, parmi les blennorrhées oculaires. Ce n'est que plus tard, le mal venant à s'aggraver, que des phénomènes inflammatoires patents, accompagnés d'une sécrétion plus ou moins altérée, lui prêtent le caractère blennorrhagique.

Dans des cas rares, l'ophthalmie militaire, sans que nous en connaissions la raison, ne débute pas par lesdites granulations primitives : c'est dans ces cas la forme catarrhale qu'elle choisit, et qu'elle conserve dans son cours, parfois sans jamais présenter de granulations. Il y a aussi des cas, quoique certainement très rares, dans lesquels elle débute d'emblée sous la forme blennorrhéique, la contagion saisissant pour ainsi dire tout d'un coup la conjonctive dans sa totalité. Je vais m'occuper de ces trois formes, qui ne sont en réalité que trois phases du même mal.

A. *Forme trachomateuse; sycosis; palpebra ficosa; trachôme.*— Dans la région rétro-tarsienne des paupières, on découvre, à l'œil nu, un plus ou moins grand nombre de granulations glandulaires à l'état vésiculeux, transparentes ou cristallines, disposées en séries, en groupes, ou éparses çà et là sans ordre, et ordinairement en plus grand nombre à l'œil gauche qu'à l'œil droit. Au reste, la conjonctive palpébrale conserve son aspect normal, quelquefois elle est même plus pâle que de coutume; d'autrefois on découvre quelques vaisseaux très déliés qui lui prêtent une teinte legèrement rosée. En renversant la paupière supérieure, on trouve le plus souvent à ce degré la conjonctive parfaitement saine, si ce n'est au pourtour de la région tarsienne, dont le bord orbital se fait remarquer par une rougeur légère. La conjonctive du repli supérieur est lisse, d'un rose pâle; on n'y découvre habituellement pas la moindre trace de granulations vésiculeuses. La sécrétion n'offre rien d'anormal, et le malade n'accuse aucun symptôme subjectif : parfois il ressent un très léger prurit aux bords des paupières.

Maintes fois le mal s'arrête là, sans faire de progrès; il reste même station-

naire pendant longtemps sous cet aspect en apparence inoffensif : les granulations vésiculeuses disparaissent même parfois d'elles-mêmes, pour revenir quelque temps après, ou pour ne jamais reparaître, ce que j'ai observé assez souvent dans le corps de troupes dont le service m'est confié.

Quand le mal va en s'aggravant, la caroncule et le repli semi-lunaire commencent à rougir et à s'engorger, imprimant à la physionomie un cachet tout particulier, pour ne pas dire caractéristique : en même temps, la conjonctive palpébrale s'épaissit un peu, s'injecte, et les granulations vésiculeuses s'agrandissent en prenant une teinte jaunâtre tirant sur le rouge. Quelquefois les yeux se remplissent facilement de larmes, à la moindre occasion, et une très légère boursoufflure œdémateuse se fait remarquer le long des bords libres externes des paupières supérieures. A ce moment, les granulations papillaires ont aussi commencé à se développer dans la région tarsienne des paupières inférieures: elles sont très petites, se montrant au début sous la forme d'un ruban d'un rouge très vif, et large de deux lignes environ, le long du bord libre desdites paupières. En renversant celles-ci, on trouve quelquefois dans leur repli ou dans le sillon oculo-palpébral quelques filaments de mucus d'une couleur blanchâtre, qui, soumis au microscope, laissent déjà découvrir des globules de pus. Aux paupières supérieures, les régions tarsiennes sont devenues un peu rouges, néanmoins sans développement notable des papilles : seulement, leur bord orbital est hérissé de granulations papillaires très fines, qui augmentent de nombre et de volume vers les deux canthes de l'œil. La conjonctive du repli supérieur est encore lisse.

Avec ces altérations, les symptômes subjectifs peuvent manquer tout à fait ou à peu près. Néanmoins, on ne peut pas se fier sous ce rapport au dire des soldats, la plupart d'entre eux niant à dessein toute sensation morbide dans les yeux, afin de se dérober aux soins du médecin : ne souffrant du mal qu'à ce degré, ils répugnent presque tous au traitement, ils ne s'y soumettent du moins qu'à regret, et ne craignent rien tant que d'être séparés de leur compagnie. Cependant, quelques-uns m'ont assuré qu'à ce degré ils éprouvaient déjà quelques symptômes subjectifs, tels que la sensation de sable sous les paupières supérieures ou quelque léger sentiment de pesanteur dans celles-ci le matin : parfois ils accusent un peu d'affaiblissement de la vue, surtout le soir. Quelques officiers, ainsi que les dessinateurs du grand état-major de notre armée, que j'ai traités pour ce degré du mal, ont suffisamment confirmé ce que je viens de dire.

Ce qui précède rend fidèlement les phénomènes du mal observé parmi nos soldats, à son tout premier début. Si l'on ne fait rien pour lutter contre cet état, il ne tarde pas à se répandre avec une frappante rapidité, revêtant peu à peu les symptômes caractéristiques de l'ophthalmie granuleuse.

Or, ce premier degré du trachôme, est l'état chronique du mal, et je dis de ceux qui en souffrent, qu'ils sont « légèrement affectés. » Dans un corps de troupes où règne l'égyptiaca, la plupart des malades appartiennent à cette catégorie. Je suis profondément convaincu que l'affection, même à ce degré léger où les conjonctives ne secrètent presque pas, se propage par contagion et surtout par l'infection de l'air.

Le mal ayant atteint ce degré de développement, il ne faut que l'action d'une cause occasionnelle quelconque pour que la phlogose s'exaspère promptement, et donne lieu à l'exsudation d'un plasma plus ou moins considérable dans le tissu de la conjonctive elle-même et dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Parmi ces causes, je citerai : l'exposition de la tête nue et couverte de sueur à un courant d'air pénétrant ; une garde de nuit en faction dans un temps froid et

humide; une débauche quelconque, une marche forcée, le cou serré et agrafé; un changement subit de la température de l'air, un orage, mais surtout une certaine constitution atmosphérique dont nous ne sommes parvenu jusqu'ici à pénétrer ni l'orgine ni la nature. C'est à coup sûr l'influence de cet agent puissant qui fait que rien n'est plus variable que l'état des yeux des soldats d'un corps de troupes, soumis aux visites périodiques du médecin. Quoi qu'il en soit, l'essor ayant été imprimé par quelque cause que ce soit, la conjonctive palpébrale s'engorge peu à peu, prenant une teinte très rouge qui tire quelquefois un peu sur le bleuâtre; les granulations glandulaires, qui jusqu'ici s'étaient maintenues à l'état vésiculeux, perdent leur pellucidité et deviennent de plus en plus rouges et charnues, en même temps que le corps papillaire se développe avec une grande rapidité aux deux paupières; et enfin la surface granuleuse devient la source d'une sécrétion plus ou moins abondante de nature aqueuse (*hydrorrhée*), ou muqueuse (*phlegmatorrhée*), ou purulente (*pyorrhée*), qui, soumise au microscope, contient toujours un plus ou moins grand nombre de globules de pus, quel qu'en soit d'ailleurs l'aspect. Les glandes meïbomiennes participant dès lors à l'affection profonde de la conjonctive palpébrale, les bords libres des paupières sont agglutinés le matin. Le malade accuse souvent une sensation de pesanteur fort désagréable dans les paupières supérieures (sympathie des nerfs moteurs), et parfois il ne peut plus les soulever entièrement, d'où vient l'air somnolent qu'ont quelques-uns de ces malades, de même il accuse un sentiment plus prononcé de gravier sous les paupières et une certaine faiblesse de la vue, bien qu'il n'y ait encore ni photophobie, ni injection ou affection du bulbe à proprement parler; on remarque seulement à la cornée un certain aspect mat ou vitreux, et le blanc de l'œil est parcouru de quelques vaisseaux déliés qui rampent de la périphérie vers le centre. En renversant la paupière supérieure, on trouve toute la région tarsienne recouverte d'une conjonctive épaissie, mate, granuleuse et très rouge, sécrétant un mucus visqueux. Le plus souvent le repli supérieur est relâché et plissé en plusieurs sens, mais lisse ou un peu villeux à sa surface, sans granulations.

Dans quelques cas, très rares à la vérité, il est plein de granulations glandulaires à l'état vésiculeux ou charnu, disposées en séries, et d'une dimension plus grande que celles des paupières inférieures, la série la plus proche du globe entourant celui-ci en forme de chapelet. La caroncule lacrymale s'est aussi développée considérablement, mais surtout le pli semi-lunaire, dont le prolongement supérieur, revêtant la forme d'un large ruban rouge qui couvre le bulbe, se montre parfois comme parsemé d'une foule de granulations glandulaires à l'état vésiculeux, laissant transparaître le blanc de la sclérotique. A mesure que la conjonctive palpébrale s'engorge et s'épaissit, on remarque que la fente des paupières se rétrécit, et qu'extérieurement les paupières, surtout les inférieures, se tuméfient à raison de l'altération de leurs surfaces internes.

L'état que je viens de décrire, je l'appellerai la forme sub-aiguë du mal, ou le deuxième degré du trachôme.

L'affection s'aggravant encore de manière à atteindre la forme aiguë et sur-aiguë, tous les phénomènes s'exaspèrent ordinairement tout d'un coup: le malade accuse dans le bulbe de l'œil et dans la tête des douleurs qui s'accroissent d'heure en heure, accompagnées de photophobie et d'une sécrétion abondante qui, summum de l'état inflammatoire, se distingue par son caractère séreux et brûlant. En même temps, la conjonctive du bulbe s'engorge, entourant la cornée d'une tumeur chémosique, qui s'avance de plus en plus vers son centre et peut finir par l'ensevelir presque tout à fait. Le même

travail exsudatif s'étendant au tissu cellulaire sous-muqueux et aux tissus mêmes de la paupière supérieure, donne lieu à une tumeur de celle-ci d'un rouge foncé, qui s'accroît parfois de telle sorte qu'elle ferme entièrement la fente des paupières et empêche l'écoulement de la sécrétion brûlante. Pénétrant enfin tout le tissu de la conjonctive et soulevant son épithélium dans toute son étendue, il fait disparaître les granulations tant papillaires que glandulaires, de manière à produire une boursoufflure unie, charnue et très rouge, qui s'étend du bord libre des paupières jusqu'à la fosse centrale, dans le fond de laquelle se cache la cornée, recouverte d'ordinaire d'un amas de pus coagulé. Ce sont là les phénomènes assez connus de l'*acutus purulentus*, qui ne finissent que trop souvent par la kératomalacie, la perforation de la cornée et l'expulsion des humeurs de l'œil. Le mal ayant été combattu par un traitement énergique, il reste pour longtemps dans la conjonctive palpébrale une boursoufflure rouge et flasque, qui se plie en plusieurs sens. A fur et à mesure que la membrane revient sur elle-même, en récupérant sa tonicité, les granulations reparaissent et rendent à sa surface l'aspect caractéristique. Cette opération se fait plutôt aux paupières supérieures qu'aux inférieures. Aux premières les granulations papillaires se distinguent par leur développement, leur aspect lardacé et leur grande opiniâtreté.

Avant de terminer la description du travail trachomateux, j'ajouterai que, dans quelque cas, j'en ai observé l'interruption brusque, suivie de la disparition plus ou moins complète de tous ses phénomènes, à la suite de maladies de nature aiguë, telles que le typhus, la pneumonie et la scarlatine. A mesure que se développent ces maladies intercurrentes, l'affection oculaire s'évanouit, de telle sorte qu'on croirait qu'elle n'existe plus. Dans deux cas de ce genre, cependant, la conjonctive palpébrale, en apparence normale, recélait une foule de granulations glandulaires à l'état vésiculeux, se présentant dans le repli inférieur sous la forme de très petites perles cristallines : le mal intercurrent étant dissipé, le trachôme reprit de nouveau, de sorte que, peu de temps après, il avait atteint le même degré qu'auparavant. Chez le troisième, affecté de la fièvre scarlatine, le trachôme, bien que très opiniâtre et très chronique, disparut entièrement. A mon sens cette observation, qui a déjà été faite par d'autres, est bien propre à confirmer la valeur pathologique des granulations vésiculeuses dites primitives, comme le tout premier début en germe de cette forme de notre mal, et à faire apprécier à sa juste valeur l'expérience de plusieurs médecins distingués relative à l'apparition alternative et à l'exclusion réciproque de l'ophthalmie militaire et du typhus des camps, observée surtout dans l'armée prussienne, lors de la campagne de 1813.

B. *Forme catarrhale.* — Quand on inspecte les yeux des membres d'une réunion quelconque, dans laquelle l'égyptiaca règne depuis quelque temps, on en trouve toujours quelques-uns dont la conjonctive palpébrale souffre d'une manière toute particulière. Elle présente, en effet, une surface plutôt tomenteuse que villeuse, et d'un rouge qui, assez souvent, tire un peu sur le bleuâtre, sans qu'on y observe la moindre trace de granulations, et en même temps la caroncule lacrymale, ainsi que le pli semi-lunaire, sont le siége d'un engorgement caractéristique. Il est rare que la conjonctive du bulbe y participe : quand cela arrive, elle est un peu plus vasculaire que de coutume. Cette affection singulière ne donne le plus souvent lieu à aucun symptôme subjectif : parfois le patient accuse une légère faiblesse de la vue, dans lequel cas elle s'accompagne d'une légère blennorrhée chronique.

Cet état se distingue du catarrhe commun de la conjonctive par sa chronicité, par le manque presque absolu de symptômes subjectifs qui, au contraire

sont très manifestes dans l'ophthalmie catarrhale, et enfin par son extrême opiniâtreté; le traitement ordinaire, qui combat celle-ci en très-peu de temps, restant ici tout à fait impuissant.

Il est probable que les granulations glandulaires à l'état vésiculeux en ont précédé le développement, sans qu'on y ait fait attention. L'analogie et l'expérience parlent au moins en faveur de cette présomption. La circulaire de l'état-major médical de l'armée autrichienne, du 14 août 1850, qui reconnaît l'existence de cette forme du mal, émet le même avis à cet égard. Dans quelques cas de ce genre, j'ai observé la formation des granulations après un état stationnaire, de durée variable, de manière que la transition au trachôme bien caractérisé fût suffisamment constatée.

C. *Forme blennorrhoïque, blennorrhée.* — D'après ce qui précède, il y a donc des états de ce mal où la conjonctive ne secrète pas, bien qu'elle soit garnie de granulations, ou le siége d'un boursoufflement plus ou moins considérable. Dans la forme blennorrhoïque, au contraire, la conjonctive est le siége d'une sécrétion morbide de différentes qualités. Or, parmi les cas de cette catégorie, il faut ranger tous ceux qui, débutant, soit comme trachôme, soit comme catarrhe, ont fini par devenir blennorrhoïques. Mais, indépendamment de ceux-ci, on trouve quelques cas, assez rares à la vérité, où l'action du principe contagieux a provoqué tout d'un coup une phlogose intense qui, s'étendant à la conjonctive entière, présente de prime abord tous les phénomènes de l'ophthalmie purulente la plus aiguë, sans avoir été précédée d'aucune altération conjonctivale appréciable, notamment ni de granulations vésiculeuses, ni de catarrhe. Le mode de début leur a valu le nom de blennorrhée d'emblée. J'en ai vu des exemples parmi nos troupes, et dans deux cas je les ai vus parcourir leurs phases sans qu'elles s'accompagnassent jamais de granulations aux paupières. Sous ce rapport, mon expérience s'accorde donc avec celle de M. Hairion (1).

Si, d'après les vues de plusieurs auteurs allemands, nous entendons maintenant par *trachôme* tous ces cas plus communs, dans lesquels le mal présente le caractère essentiellement chronique, la sécrétion morbide ou manquant absolument, ou n'y étant que pour peu de chose, et que nous établissions à côté de lui le catarrhe et la blennorrhée comme deux autres formes, identiques quant à la nature, mais différentes quant aux phénomènes, il sera sans doute très intéressant de savoir les relations de fréquence que présentent entre elles ces trois formes du même mal. En observant les malades de notre armée, j'ai en vain tâché d'en acquérir des notions précises. M. Gulz de Vienne, au contraire, qui a été membre civil de la commission de recherches de 1850, en Autriche, ayant pour mission d'inspecter les yeux des troupes cantonnées en Gallicie, nous a transmis à cet égard d'intéressants éclaircissements. Il évalue, en effet, le nombre de ceux qui présentaient la forme trachomateuse à 75, le nombre de ceux qui souffraient de la blennorrhée à 15, et le nombre de ceux qui étaient affectés du catarrhe à 10 pour cent. Là la forme catarrhale fut donc la plus rare, ce qui s'accorde très bien avec l'expérience d'ici (2).

J'ai déjà dit qu'ordinairement les deux yeux souffrent en même temps : j'ajouterai que je n'ai vu que très peu de cas dans lesquels un seul œil souffrît sans que l'autre fût affecté; et, dans ce cas même, c'était presque toujours le gauche. Ici je dois faire observer que si dans ces cas, très rares en effet, où l'un des yeux seulement semble souffrir, on regarde de bien près au moyen

(1) Hairion. *Considérations pratiques et recherches expérimentales sur le traitement de l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge*, 1839, p. 21.

(2) Gulz. *Die sogenannte egyptische Augenentzündung, oder der Catarrh, die Blennorrhoe und das Trachom der Bindehaut*; Wien, 1850, p. 11.

d'une bonne loupe la conjonctive palpébrale de l'œil réputé sain, on trouve celle-ci plus ou moins hérissée de ces petites vésicules transparentes ou cristallines, qui, à coup sûr, plus qu'aucun autre signe, nous font connaître le tout premier début du trachôme. Je m'en suis persuadé assez en observant plusieurs cas de ce genre.

Dans ce qui précède, on trouvera, je pense, une description fidèle des formes que le mal a revêtues en Danemarck depuis son importation en 1851. Notre climat ne paraît avoir exercé aucune influence pour en modifier le caractère; en lisant au moins les observations qui nous ont été transmises par M. J.-B. Müller à l'égard de l'épidémie de Mayence en 1818, j'y reconnais tous les caractères de notre mal. Les remarques qu'il a faites sur sa marche latente et insidieuse, ainsi que sur sa contagiosité à tous les degrés, s'accordent parfaitement avec ce que nous observons ici. Si jusqu'à présent nous ne comptons guère qu'une trentaine de soldats qui en ont perdu la vue d'un œil ou de tous deux, c'est que la maladie nous est arrivée en temps de paix, et qu'une fois éclairé sur le danger qui menaçait notre armée, le ministère de la guerre de notre pays a su prendre de sages mesures pour le dompter.

§ V. *Marche; durée; terminaisons; pronostic.*

Rien n'est plus variable, plus inconstant que la marche et la durée de ce mal.

Pour le trachôme du premier degré, les granulations vésiculeuses ou primitives peuvent persister sans variation, des mois, même des années, mais elles peuvent aussi disparaître d'elles-mêmes en peu de jours. Guéris en quelques semaines par un traitement approprié, elles peuvent se montrer de nouveau après un espace de temps plus ou moins long, mais elles peuvent aussi avoir disparu pour toujours. Ces vésicules peuvent donc rester très longtemps stationnaires et revêtir le caractère le plus inoffensif, sans jamais se développer ultérieurement, sans jamais subir la transition à l'ophthalmie proprement dite; d'autres fois, siégeant pendant deux, trois ou quatre semaines sur une conjonctive normale, on les voit se transformer en saillies charnues, et peu à peu faire place à l'état granuleux le mieux caractérisé; et d'autres fois enfin, elles se sont à peine montrées, que déjà elles entraînent après elles l'apparition de l'ophthalmie la plus intense. Ces variations, dans l'existence et la valeur pathologique de ces corps sont, on ne saurait en disconvenir, bien propres à ébranler les convictions des médecins qui n'ont pas l'habitude d'observer le mal dès son premier début, ni d'en poursuivre le développement à ses divers degrés. De pareilles considérations ne tardèrent pas non plus à se faire jour parmi les médecins de mon pays, dont quelques-uns ont fini par penser que lesdites granulations primitives ne constituent nullement le germe ou le tout premier début du trachôme; qu'on ne doit tout au plus les considérer que comme une espèce d'aberration de nutrition de quelque élément anatomique de la conjonctive, ou comme un état purement physiologique à l'instar des taches de rousseur de la peau, et qu'enfin on les aurait bien certainement observées chez nous avant l'époque de 1851, si, en ce temps-là, on eût apporté la même attention à l'inspection des yeux de nos soldats qu'à présent.

Pleinement pénétré de la portée et de l'importance de ces objections, je tâcherai de les réfuter ici par les observations qui suivent :

1° En examinant les yeux des hommes d'un corps de troupe, où le mal règne depuis quelque temps, on trouvera que la moitié, le tiers ou les deux tiers de

ceux qui en souffrent portent des granulations vésiculeuses avec ou sans rougeur de la conjonctive palpébrale. Si, en même temps, on fait cette même investigation dans un autre corps de troupes, où l'ophthalmie ne s'est pas encore introduite, on s'étonne de n'y pas trouver un seul soldat qui en présente même la moindre trace. Mais, le mal allant en décroissant dans ledit corps de troupes, on ne tardera pas non plus à remarquer que le nombre de ceux qui portent les granulations glandulaires à l'état vésiculeux, diminue aussi de plus en plus, pour disparaître enfin plus ou moins complétement. Il est donc impossible de méconnaître qu'il existe une certaine relation entre l'apparition de l'ophthalmie militaire et celle des granulations primitives. C'est pour ce même motif que M. Gultz, de Vienne, recommande si justement aux médecins intéressés de bien observer, en certaines occasions, les paupières de leurs soldats, l'apparition simultanée desdites vésicules chez un plus grand nombre d'entre eux pouvant mettre le médecin à même de prédire l'invasion d'une soi-disant épidémie de ce mal, dans le corps de troupes auquel ils appartiennent.

Mais enfin, si les granulations primitives étaient en réalité sans aucune valeur pathologique et tout à fait inoffensives, soit qu'elles constituassent un état purement physiologique, soit qu'elles dussent être considérées comme une aberration de nutrition de quelque élément anatomique de la conjonctive palpébrale, il faudrait alors absolument qu'on les trouvât partout, dans quelque réunion d'individus que ce fût, militaire ou civile; il faudrait qu'on les y trouvât toujours; enfin il faudrait que, conformément au résultat de la statistique numérique d'autres altérations de la même espèce, on les y trouvât dans une proportion immuable, ce qui n'est pas.

2° En visitant les yeux dans un corps de troupes où règne le mal, non-seulement on est à même de suivre pas à pas la transition des granulations vésiculeuses à l'ophthalmie granuleuse, proprement dite, mais chez les divers individus on observe encore le mal à ses divers degrés de développement. Les granulations glandulaires, que chez l'un on trouve encore à l'état vésiculeux, on les trouve chez un autre sur le même endroit de la conjonctive palpébrale, mais déjà transformées en granulations confirmées ou charnues. Que veut-on de plus? Ne faut-il pas qu'on soit presque dépourvu de ce qu'on appelle la faculté d'observer pour ne pas être frappé du fait que je viens de signaler.

S'il s'agissait vraiment d'un état physiologique ou d'une aberration de nutrition, ou d'une hypertrophie de quelque élément anatomique que ce fût; il faudrait encore que ces mêmes corps se montrassent toujours, ou du moins presque toujours, sous le même aspect; tout changement sous ce rapport, soit à l'égard de leur transparence, soit à l'égard de leur consistance, impliquant la nécessité d'un travail morbide quelconque dans leur intérieur. Or, rien de plus variable que l'aspect des granulations vésiculeuses sous quelque rapport que ce soit.

3° Voici enfin une expérience en gros, que des circonstances très favorables nous ont permis de faire à cet égard dans la garnison de Copenhague. Cette garnison renferme quatorze corps de troupes, qui tous ont été plus ou moins affectés de ce mal. Au mois de mai, les recrues arrivent des districts de recrutement, ordinairement au nombre de 2,800 hommes. Les casernes de la ville ne suffisent pas aux besoins de la garnison pendant les trois mois et demi que dure l'instruction de ces hommes et les exercices des troupes; on y remédie par l'érection d'un camp à tentes qu'on établit tout près de la capitale.

La 4e bataillon de ligne qui, depuis 1853, avait souffert beaucoup de ce fléau, reçut 340 recrues, qui arrivèrent le 30 mai 1855 des districts de la

Seeland et des îles qui y appartiennent. Dans ce nombre, 84 apportèrent le mal en arrivant de leurs foyers, à savoir :

41 avaient des granulations vésiculeuses, non accompagnées de rougeur ou de réaction de la conjonctive palpébrale;

35 avaient des granulations vésiculeuses, accompagnées de rougeur ou de réaction de la conjonctive ;

1 avait des granulations confirmées ou solides ;

1 avait des granulations, accompagnées de blennorrhée;

6 présentaient la forme catarrhale du mal.

Ainsi environ un quart des recrues de ce bataillon étaient déjà affectées du mal en arrivant à la garnison, et de ces 84 il y en avait 76 qui portaient des vésicules conjonctivales, avec ou sans rougeur de la conjonctive. Il faut ajouter que j'avais moi-même participé à la levée de ces recrues, ayant été commandé à assister aux conseils de milice en automne 1854, et qu'à cette occasion 44 des recrues, levées pour le bataillon en question, avaient été déjà notées sur la liste de recrutement pour cause de trachôme.

Aussitôt leur arrivée, ces 340 recrues furent envoyées au camp de tentes hors de la ville, sans avoir eu la moindre communication avec la troupe du bataillon, qui était logé dans la grande caserne d'infanterie et comptait toujours un grand nombre d'ophthalmiques. Le camp contenait en outre les recrues de cinq autres bataillons, environ 1,600 hommes, qui étaient arrivés en même temps que celles du quatrième. Au dire des médecins y attachés, il n'y avait point ou il n'y avait que très peu d'affectés parmi les recrues de ces bataillons. Pour l'emplacement et les soins journaliers, tous les habitants de ce camp, contenant environ 2,000 hommes, se trouvèrent absolument dans les mêmes conditions hygiéniques, chaque tente recevant environ 12 hommes. Les recrues du 4me, qui portaient les traces du mal, furent logées dans des tentes à part, isolées des individus estimés sains. Or, qu'arriva-t-il? Après quelque temps, l'état des affectés, qui tous participèrent aux exercices, commença à s'empirer visiblement, et la maladie à se propager de plus en plus aux hommes sains du bataillon, de telle sorte que, dans le courant de trois mois, le nombre des malades s'éleva à 156, et que de ce nombre on dut en envoyer 58 à l'hôpital de la garnison pour des accidents aigus. En même temps que ceci se passait dans le 4me bataillon, les cinq autres bataillons se trouvèrent à cet égard dans les meilleures conditions du monde, n'ayant presque pas d'ophthalmiques : le 16me de ligne en envoya quelques-uns à l'hôpital. A cette occasion donc, nous avons été à même d'observer une soi-disant épidémie d'ophthalmie contagieuse, attaquant les recrues d'un seul bataillon, pendant que 1,600 hommes appartenant à cinq autres bataillons, qui habitaient le même camp, en étaient presque exempts. De ce fait important je me crois autorisé à tirer les conséquences qui suivent : en premier lieu, que les influences atmosphériques n'ont pu faire éclore spontanément le mal chez les recrues du 4me bataillon de ligne à cette occasion, parce qu'elles auraient nécessairement produit le même effet sur les recrues des autres bataillons, qui restèrent, au contraire, presque intactes; en second lieu, que les granulations vésiculeuses ou primitives, existant en si grand nombre parmi les recrues dudit bataillon dès leur arrivée, fut l'origine et le point de départ de cette épidémie locale ; en troisième lieu, que les recrues des autres bataillons en furent exemptes, parce qu'en arrivant de leurs foyers elles ne comptaient point ou que très peu de granulés.

Ce fait démontre donc à l'évidence que chez nous le mal s'est déjà répandu parmi les populations civiles de certaines provinces de la monarchie. A en

juger par les conclusions tirées des investigations de la dernière commission de recherches, c'est dans la Seeland, la partie sud du duché de Slesvig, et une partie du duché de Holstein, qu'il doit être le plus répandu.

4° Si, enfin, les granulations vésiculeuses des paupières étaient tout à fait inoffensives, ne constituaient qu'un état purement physiologique ou une aberration de nutrition de quelque élément anatomique de la conjonctive, on les aurait observées en Danemark avant 1851. Or, il n'existe aucun médecin qui y en ait jamais vu avant l'importation de l'ophthalmie militaire dans notre pays en 1851. En Norwège, où n'a pas encore pénétré le mal, on ne connaît pas ces anomalies des paupières.

Comme en Allemagne et en Belgique, où ce fléau a régné depuis si longtemps, on est généralement d'accord que ces altérations palpébrales constituent en réalité le germe ou tout premier début du trachôme, on est autorisé à croire que, si ces altérations avaient vraiment existé parmi nous avant l'époque de 1837, notre armée aurait souffert de l'ophthalmie militaire, durant la guerre de 1848 à 1851, tout aussi bien que l'armée holsténoise qui, nous le savons, en fut ravagée. Au contraire, nul ophthalmique de cette espèce n'y fut observé pendant ce long espace de temps, nonobstant les conditions de guerre qui favorisent si éminemment le développement de ce mal. En définitive, j'insiste à dessein sur ce fait important, pour faire comprendre à qui voudra se convaincre de la réalité des choses, *qu'en Danemark ces granulations ont été inconnues avant* 1851, *et qu'elles y ont été introduites à cette époque par importation*, *par contagion.* Partant, elles ne peuvent être inoffensives, elles ne peuvent constituer ni un état physiologique, ni une aberration de nutrition de quelque élément anatomique de la conjonctive palpébrale : au contraire, elles constituent le germe, à proprement parler, de notre mal, ou, pour mieux dire, l'*anguis sub gramine latens* qui se sème partout où pénètre le principe contagieux de l'ophthalmie égyptienne.

Ce qui précède suffira, je pense, pour faire voir la marche du mal à son début. Si nous l'attaquons dès le commencement par un traitement approprié, nous pouvons le guérir assez facilement dans un espace de temps parfois très court, ce qui prouve aussi, jusqu'à l'évidence, qu'ici il s'agit d'une maladie, et non d'un état physiologique, ni d'une aberration nutritive de la conjonctive. En effet, si cette opinion était fondée, nous nous efforcerions sans doute en vain de faire disparaître les granulations vésiculeuses dans le temps si court qui y suffit ordinairement.

Il n'en est pas de même de l'ophthalmie proprement dite, du mal développé. « Abandonnée à elle-même, dit M. Hairion, la durée de l'ophthalmie est indéfinie et son pronostic toujours fâcheux ; traitée convenablement, elle peut, dans la plupart des cas, aboutir à une guérison entière et solide. » L'expérience que j'ai acquise par cinq années d'observation et de traitement de ces maladies, me commande de me ranger de l'avis de l'auteur des *Recherches expérimentales.* Avec lui je crois, « qu'on a lieu d'admirer le pouvoir de l'art en présence d'une impuissance si marquée de la nature. » Dans son essence, en effet, cette affection est très chronique, pouvant durer plusieurs mois, même des années, sans qu'il soit possible quelquefois, même par le traitement le mieux dirigé, de ramener la conjonctive à son état normal. Je m'empresse d'ajouter cependant que probablement les cas de ce genre deviendront de plus en plus rares à mesure que notre traitement se perfectionnera. Ce sont surtout les granulations des paupières supérieures qui bravent les efforts du médecin, en même temps qu'elles sont les plus dangereuses. Mais, lors même que nous avons été assez heureux pour faire disparaître les granulations, il reste bien sou-

vent pour longtemps un épaississement ou une sorte d'hypertrophie de la conjonctive palpébrale. Cet état, qui ne donne lieu à aucune sécrétion anormale, change beaucoup d'aspect selon les variations de la température et de l'humidité de l'air : bien différent de la maladie elle-même, sa durée est indéfinie, mais il finit ordinairement par faire place à l'état normal. Dans le cas même cependant où la conjonctive palpébrale paraît avoir recouvré entièrement son aspect normal, il reste encore pour longtemps dans son tissu un si grand nombre de vaisseaux anormaux, bien qu'extrêmement fins et ne charriant que des sucs blancs, qu'il ne faut qu'une irritation légère, une manipulation des paupières un peu insolite, etc., pour y provoquer un certain degré de rougeur et d'engorgement. Cependant, la cessation de la cause et quelques heures de repos suffisent ordinairement pour dissiper cet état de congestion. Il est indispensable de bien connaître ces conditions de la conjonctive palpébrale, afin de pouvoir se prononcer avec connaissance de cause sur leur innocuité et sur les termes du traitement.

Une expérience chèrement acquise m'a appris que, d'un côté, la petitesse et la profonde situation, de l'autre la grandeur et la saillie des yeux, ainsi qu'une fente resserrée des paupières, sont des conditions peu favorables au traitement, et que dans des cas de ce genre il faut beaucoup de réserve et d'habileté pour le conduire au résultat désiré.

Les suites de cette affection sont trop connues pour que je m'en occupe ici : je n'en mentionnerai que celle-ci à cause de sa rareté. Il s'agit d'un cas d'hydrophthalmie du segment postérieur de l'œil, accompagnée d'amaurose et de paralysie des muscles moteurs de cet organe.

Obs. Schlüntze, artilleur, contracta l'ophthalmie militaire au mois de novembre 1855 : en ce temps-là, son mal était tout à fait chronique, ses paupières étaient hérissées de granulations. Dans le courant de 1856, des symptômes se déclarèrent, qui révélaient la phlogose de l'iris et de la choroïde. A son arrivée à l'hôpital ophthalmique de Frederiksberg, au mois de novembre 1856, les paupières étaient recouvertes d'une foule de granulations, surtout les supérieures, et les surfaces altérées secrétaient un mucus épais (blennorrhée chronique). Les deux globes étaient distendus et proéminents, le gauche entièrement recouvert par la paupière supérieure paralysée. La sclérotique, qui n'offrait pas d'injection vasculaire, était d'un blanc bleuâtre, et un cercle d'un bleu plus foncé, large d'environ deux lignes, entourait la cornée. C'était manifestement ici le segment postérieur du globe qui avait acquis un accroissement tout particulier : à la pression du doigt, on le sentait très dur et très distendu. La cornée, comparée à la circonférence de l'œil, se faisait remarquer par sa petitesse extraordinaire, qui frappait au plus haut degré l'observateur attentif. La chambre antérieure des deux côtés avait presque disparu, l'iris se voyait tout près de la face postérieure de la cornée. A l'œil gauche : pupille dilatée et immobile, amaurose, paralysie complète des muscles, des paupières et du bulbe de l'œil. A l'œil droit : pupille resserrée, photophobie, vue très affaiblie, globe de l'œil très proéminent ; la paupière supérieure s'abaisse avec difficulté à cause de la proéminence du globe ; il ne peut pas remuer l'œil dans tous les sens. Il accuse une sensation de tension et de pression très pénible dans le globe de l'œil, de même qu'un sentiment de sable entre celui-ci et les paupières supérieures, dont les granulations papillaires, très développées, irritent sans cesse la surface de l'œil, en provoquant un afflux continuel de larmes. Par un traitement méthodique à l'aide du plomb, je parvins enfin à combattre les granulations et la blennorrhée chronique, de même que les symptômes

subjectifs en question, dont il se plaignait beaucoup, en même temps que je vis diminuer manifestement la proéminence des deux yeux, par l'usage interne du proto-iodure de mercure ; mais l'abolition de la vue de l'œil gauche, ainsi que l'amblyopie de l'œil droit n'en ressentirent pas le moindre effet. En examinant les deux yeux à l'ophthalmoscope, la choroïde fit voir des plaques blanches, et en outre dans l'œil gauche un réseau épais de vaisseaux très déliés qui couvrait une partie de la rétine.

Cette affection a été décrite par Beer sous le nom de *hydrops corporis vitrei* (1). D'après l'expérience de cet auteur, les scrofules et la syphilis en sont les causes les plus fréquentes : ce cas intéressant démontre que l'ophthalmie militaire ou le trachôme en peuvent aussi devenir le point de départ. Nous voyons l'affection des nerfs sensitifs peu à peu finir par abolir la vue, s'étendre enfin par l'entremise du ganglion ciliaire aux nerfs moteurs, et y produire la paralysie : chez ce malade, en effet, l'amaurose de l'œil gauche s'unit à la paralysie complète de tous les muscles des paupières et de l'œil même. Enfin, nous y retrouvons une nouvelle preuve de l'infériorité du côté gauche, la vue de l'œil gauche étant tout à fait abolie, tandis qu'au droit la faculté de voir restait encore à un faible degré. Il est plus que probable que, dans ce cas, l'irritation continue causée par la présence des granulations, recouvrant en foule les paupières supérieures, a contribué pour beaucoup à produire l'affection des parties internes de l'œil. Rien n'est donc plus urgent que de bien examiner ces voiles dans tous les cas de trachôme développé, et de combattre les granulations qui s'y font voir; mais, malheureusement, rien n'est plus commun que de voir négliger cette recherche. N'oublions pas, pour le traitement de l'ophthalmie granuleuse, que toute la difficulté, comme tout le secret, consiste à trouver le mode de traitement et le moyen le plus propre à combattre les granulations des paupières supérieures.

§ VI. *Diagnostic.*

Pour distinguer cette maladie de toute autre affection oculaire, il suffit de l'avoir bien observée, tant les phénomènes en sont caractéristiques. Néanmoins, on a parlé beaucoup de la ressemblance, même de l'identité de l'ophthalmie catarrhale et de la forme trachomateuse de notre mal à son début. Je ferai observer à cet égard que le trachôme débute toujours par des granulations glandulaires à l'état vésiculeux, et que ces granulations sont d'autant plus caractéristiques ou pathognomoniques, qu'elles s'accompagnent de moins de réaction de la part de la conjonctive palpébrale, et de symptômes subjectifs en général; qu'au contraire l'ophthalmie catarrhale, saisissant tout le tissu de la conjonctive à la fois, s'accompagne de prime abord de phénomènes inflammatoires et de symptômes subjectifs plus ou moins intenses, et que les vésicules d'irritation qu'on y observe dans quelques cas ne se font voir qu'après que l'ophthalmie a duré un certain temps, qu'enfin ces vésicules conjonctivales, purement symptomatiques, ne constituent qu'un phénomène secondaire et fugitif, nullement constant, du catarrhe oculaire. Le parallèle que je vais maintenant établir entre ces deux affections fera ressortir, je l'espère, la grande différence qui existe entre elles.

(1) Beer. *Lehre von den Augenkrankheiten.* Wien, 1817, t. II, p. 17.

Ophthalmie catarrhale, catarrhe oculaire.

1. Peut se développer spontanément sous l'action d'une cause catarrhale quelconque, et dépendre d'une constitution atmosphérique spéciale : à ces conditions, elle peut régner épidémiquement.

2. Parmi les membres d'une réunion quelconque, elle n'attaque ordinairement qu'un seul ou très peu d'entre eux à la fois.

3. Peut devenir contagieuse dans quelques épidémies d'un caractère particulier, en donnant lieu à une sécrétion morbide abondante, qui transmet le mal par contagion *directe :* partant, sans sécrétion morbide pas de contagion.

4. A pour point de départ la région tarsienne et les bords libres des paupières, lesquelles sont tuméfiées, rouges et douloureuses, et s'étend de là à la conjonctive du repli et du globe de l'œil.

5. Sa nature étant essentiellement aiguë, elle ne devient presque jamais chronique.

6. Elle s'annonce dès son début par une rougeur plus ou moins intense de la conjonctive des paupières et du bulbe de l'œil, accompagnée de larmoiement, d'un sentiment de cuisson, de photophobie et d'autres symptômes subjectifs. Enfin, dans des cas intenses qui ont duré quelques jours, des *vésicules d'irritation,* discrètes, d'une transparence cristalline qui tire un peu sur le rouge, se font quelquefois voir dans le repli inférieur. Cependant, ces soi-disant « granulations catarrhales » ne constituent point un phénomène constant; elles manquent, au contraire, dans la plupart des cas.

Adéno-conjonctivite contagieuse, trachôme.

1. Ne règne jamais épidémiquement, et ne dépend jamais d'une constitution atmosphérique quelconque : ne se développe jamais spontanément dans notre climat, reconnaissant pour cause un principe contagieux spécifique.

2. Se montre simultanément chez un plus ou moins grand nombre à la fois; quelquefois elle se borne aux soldats d'une seule chambrée, d'une seule compagnie.

3. Se propage seulement par contagion, et le plus souvent par voie *miasmatique :* se transmet sans que la conjonctive soit en apparence le siége d'aucune sécrétion morbide.

4. Débute dans la région rétro-tarsienne, dont quelquefois elle ne franchit pas les limites.

5. Dans la grande majorité des cas, elle affecte une marche éminemment chronique.

6. Débute par des granulations glandulaires à l'état vésiculeux en plus ou moins grand nombre dans le repli inférieur de l'œil, parfois sans la moindre trace de phlogose de la conjonctive palpébrale. Ces granulations primitives, d'une transparence jaunâtre ou jaune rougeâtre, ne s'accompagnent d'aucune sécrétion morbide, ni d'aucun symptôme subjectif, de telle sorte que le plus souvent le malade n'a pas même la conscience de son mal. Il y a ici disproportion visible entre l'aspect souvent très altéré de la conjonctive palpébrale et l'absence complète, ou le peu d'importance des symptômes subjectifs, ce qui est l'inverse de ce qui existe dans le catarrhe oculaire.

La conjonctive du bulbe n'est jamais injectée.

Ophthalmie catarrhale, catarrhe oculaire.	**Adéno-conjonctivite contagieuse, trachôme.**
7. Les vésicules d'irritation disparaissent en peu de jours, les symptômes inflammatoires étant apaisés par l'emploi des moyens anti-phlogistiques; elles ne se transforment jamais en granulations confirmées ou charnues.	7. Ordinairement les granulations primitives persistent longtemps; elles ne cèdent pas aux moyens anti-phlogistiques: peu à peu elles perdent l'aspect vésiculeux pour se transformer en granulations solides d'un rouge de chair.
8. A l'instar de la bronchite, qui attaque les deux poumons à la fois, elle attaque les conjonctives des deux yeux d'une manière égale.	8. Le plus souvent les deux yeux souffrent en même temps, mais communément l'œil gauche est plus affecté que le droit. Parfois le mal se borne à un seul œil.
9. Très souvent il y a en même temps affection d'autres membranes muqueuses du corps, et surtout de celle du nez, et parfois le malade a de la fièvre.	9. Elle se borne à la conjonctive des paupières, et ne s'accompagne jamais de fièvre.
10. Elle est plus fréquente en hiver et au printemps, provoquée par les causes catarrhales.	10. Elle diminue d'intensité vers l'hiver et pendant l'hiver, pour s'éveiller et s'accroître avec les chaleurs de l'été. Les orages et les grandes chaleurs causent des détériorations et des recrudescences marquées de ses phénomènes, ce qui n'exerce aucune influence sur le catarrhe.
11. Elle cède avec facilité aux moyens anti-ophthalmiques ordinaires.	11. Elle répugne au traitement usuel des ophthalmies, en exigeant l'emploi de moyens spéciaux, qui la font disparaître quelquefois en peu de temps.

Quand l'ophthalmie militaire ou granuleuse a atteint son entier développement, soit qu'elle existe sans blennorrhée, soit qu'elle s'en accompagne, on a affaire à une affection si bien caractérisée, qu'il est impossible de la confondre avec quelque mal oculaire que ce soit. Il est vrai qu'il y a des catarrhes et des blennorrhées qui y appartiennent sans qu'on observe des granulations, la conjonctive palpébrale étant boursoufflée ou tout au plus d'un aspect villeux. Pour quelques médecins, ce fait incontestable est de nature à ébranler la valeur diagnostique de ces altérations. Cependant, il existe aussi une fièvre varioleuse, scarlatineuse, morbilleuse, etc. sans exanthème : ce sont là des bizarreries pathologiques, des exceptions qui ne font pas règle. A mon sens, on ne saurait avec raison tirer parti de ce fait pour contester la valeur pathologique des granulations palpébrales comme signe pathognomonique du trachôme. Toutefois il y a une très grande différence entre ces granulations de nature spécifique et ces inégalités ou aspérités palpébrales, qu'on observe quelquefois dans le cours de l'ophthalmie gonorrhéique ou des nouveau-nés, inégalités qui ne sont nullement réfractaires, puisque ordinairement elles disparaissent tout à fait avec la maladie elle-même. J'ai déjà fait observer que je ne reconnais pas l'identité de nature des blennorrhées oculaires, bien qu'en

summum de leur développement elles puissent parfois se présenter à l'observateur avec des phénomènes extérieurs identiques.

§ VII. *Traitement.*

A. *Prophylaxie.* — S'il est vrai que l'ophthalmie dite *militaire* ne se développe jamais spontanément dans notre climat, et qu'elle reconnaît toujours pour origine ou point de départ un principe contagieux spécifique, qui ne s'engendre pas par lui-même; s'il est vrai enfin que le mal se propage le plus souvent par voie miasmatique, c'est-à-dire par l'infection de l'air qui environne les malades, il s'ensuit que les préceptes les plus fondamentaux de la prophylaxie consisteront à *éviter la contagion* et à *l'anéantir partout où elle s'est introduite.*

S'il s'agit de préserver un seul individu, on ne peut donc lui donner un meilleur conseil que celui de s'abstenir de toute communication avec des personnes atteintes, et surtout de ne jamais passer la nuit dans la même chambre qu'elles.

Mais la chose n'est pas aussi facile, s'il s'agit des individus sains appartenant à une réunion d'hommes quelconque, dont quelques-uns sont déjà malades, par exemple dans une caserne, un pensionnat, une prison, etc. « Si le principe contagieux, dit M. J.-B. Müller, était le produit d'un mal toujours aigu ou bien apparent, s'il ne se communiquait que par contact ou ne faisait que s'attacher aux habits, aux literies etc., l'extirpation en serait sans doute plus praticable. Mais malheureusement il se communique beaucoup plus souvent *in distans*, et les individus qui en sont porteurs amènent partout ce principe tout vivant, se renouvelant sans cesse sous leurs paupières. Il faut ajouter que le mal peut continuer non-seulement des mois, mais des années entières, sous un aspect en apparence inoffensif et d'une manière très latente, sans rien perdre de ses propriétés délétères, ce qui en favorise surtout la propagation et a été la seule cause « de son explosion là où l'on s'y attendait le moins, et de la résistance obstinée à toutes les mesures prises pour l'extirper. » (1) Je cite les mots du célèbre auteur allemand, parce qu'ils sont propres à faire ressortir la grande difficulté qui se présente à cet égard.

Si maintenant on est bien pénétré de cette vérité, qui s'est confirmée dans tous les pays où s'est introduit le mal, la prophylaxie peut se réduire aux quelques règles fondamentales qui suivent :

1° Inspecter souvent les yeux de tous les membres de la réunion, afin de séquestrer et les malades et les suspects. M. Wotypka (2) a pleinement raison de s'appesantir de préférence sur cette mesure, sans l'exécution rigoureuse de laquelle tous les efforts seront parfaitement inutiles, vu la propriété bien avérée du mal de se propager à l'état primitif et, en apparence, le plus innocent.

2° Guérir les malades, y compris ceux qui portent aux paupières des granulations glandulaires à l'état vésiculeux, et bien observer les convalescents avant de les envoyer aux salles communes, afin de les rendre tout à fait inoffensifs.

3° Faire grande attention à toutes les conditions hygiéniques; faire en sorte que l'aération des salles et des corridors soit suffisante et maintenue inva-

(1) Muller. *Erfahrungssätze.* etc. Mainz, 1821. § 57.
(2) Wotypka. *Die contagiöse Bindehaut entzündung.* Wien, 1852, p. 16.

iablement; que la propreté règne partout; que l'encombrement surtout des ortoirs soit prévenu; enfin que les habitants ne s'exposent pas aux causes de efroidissement ni à l'action d'une atmosphère viciée de quelque manière que e soit.

Pour les deux règles qui suivent, j'emprunterai les sages préceptes de I. Hairion :

4° Redoubler de soins pendant les recrudescences de l'épidémie. Si elle ient à sévir dans une caserne, l'évacuer immédiatement, éloigner et séquesrer le régiment dans des localités spacieuses, jusqu'à ce que l'ophthalmie y oit entièrement éteinte; laver les literies et les habits qui auront servi aux nalades, désinfecter les objets qui ne sont pas susceptibles d'être lavés, et lanchir les murs.

5° Le fléau une fois éteint, continuer pendant longtemps encore la même urveillance, et s'assurer que les mesures hygiéniques sont fidèlement et poncuellement exécutées.

L'expérience chèrement acquise de tous les pays a démontré le bon résultat le ces mesures prophylactiques.

B. *Traitement curatif.* — Dans le traitement d'autres maladies, une saine hérapeutique nous prescrit de les attaquer dès leur début, aussitôt qu'elles se rononcent par des symptômes assez apparents pour ne laisser aucun doute ur leur présence. Elle donne ce conseil, tant pour les arrêter dans leur dévepement, que pour en abréger le cours : nul doute qu'en le suivant, on ne révienne bien souvent des accidents sérieux. Rien n'est donc plus vrai à cet gard, que les mots suivants de l'illustre auteur des *Nouvelles recherches* : « Pour être inconnue dans son essence, la cause première de notre ophthalnie ne l'est pas dans ses effets, c'est-à-dire dans les modifications organiques ar lesquelles elle manifeste son énergie et travaille à s'étendre. Je veux arler de l'inflammation et de la granulisation. Or, si ce sont là, comme je le ense, les principaux agents de la cause première, si c'est en les mettant en euvre qu'elle se perpétue, on peut raisonnablement espérer qu'en s'opposant à leur développement par tous les moyens que possède l'hygiène, et en es anéantissant chaque fois qu'elles se manifestent, on verra disparaître peu peu le fléau dont depuis longtemps l'armée et, par elle, le pays sont affligés (1). » M. Fallot partage donc l'opinion de la plupart des auteurs, laquelle est aussi la mienne, que par un traitement approprié on sera à même d'arrêter ou de couper cette affection dans le cours de son développement. En effet, quiconque aura bien observé tous ses phénomènes, conviendra que l'ophthalmie militaire n'a rien de fixe, n'a point de phases régulières à parcourir, puisque tantôt on la voit rester stationnaire à son degré primordial le plus inoffensif, sans jamais passer outre, tantôt se montrer de prime abord avec des symptômes assez alarmants d'emblée sous la forme de blennorrhée. Ici je citerai encore M. Fallot, non-seulement *parce que l'expérience de tous les pays est venue confirmer ses vues*, mais parce que les conseils donnés par lui sont éminemment pratiques. « Pour réussir, dit-il, à prévenir la formation, le développement des granulations palpébrales, il faut combattre avec l'énergie nécessaire toutes les inflammations oculaires qui se manifesteront chez les soldats, et ne permettre à ceux-ci de retourner à leurs corps qu'après leur parfaite guérison, et après s'être assuré qu'elles n'ont pas laissé de granulations après elles. Cependant, comme elles peuvent être l'effet de simples

(1) Fallot. *Nouvelles recherches pathologiques et statistiques sur l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge.* Bruxelles, 1838, p. 66.

irritations congestives, non encore inflammatoires, et qui peuvent avoir exist
sans que le porteur en ait eu la conscience, il est nécessaire que les méd
cins des corps visitent très souvent les yeux des hommes dont la santé leu
est confiée, et recherchent surtout s'ils sont porteurs de granulations, e
ayant soin, s'ils en découvrent, de les diriger tout de suite sur les hôpitau
ou les dépôts d'ophthalmiques, dans lesquels les granulés seront tenus de s
soumettre à une médication convenable, de peur que l'affection négligée n
se transforme en ophthalmie blennorrhagique aiguë ou chronique, et n'a
de funestes suites, non-seulement pour les porteurs de granulations eux
mêmes, mais encore pour ceux avec lesquels ils peuvent se trouver e
contact (1). »

Je suis donc d'avis que, non-seulement il est rationel, la chose étant cons
dérée sous ce point de vue, mais encore utile sous quelque rapport que c
soit, de traiter le mal dès son début, c'est-à-dire dès qu'il s'annonce sur la sur
face de la conjonctive palpébrale par des granulations glandulaires à l'état vé
siculeux, ou par cette forme catarrhale, en apparence innocente, dont on a s
souvent méconnu la nature. Je recommande d'autant plus de suivre cette pra
tique, qu'à ce degré le mal cède ordinairement avec une grande facilité, e
qu'en la suivant moi-même *je n'en ai jamais vu de résultats fâcheux*. Les pré
ceptes contenus dans la circulaire de l'état-major médical de l'armée autr
chienne, du 14 août 1850, viennent à l'appui de ce que j'avance, en prescrivan
expressément de traiter le trachôme commençant, notamment les granulation
vésiculeuses ou primitives *jusqu'à ce qu'elles soient détruites*, et jusqu'à ce qu
toute trace de ces corps ait disparu (2).

Or, le sulfate de cuivre en crayon est ici un remède prompt, qui agit pou
ainsi dire d'une manière spécifique contre les granulations vésiculeuses. Je n
touche que celles de la paupière inférieure, la supérieure n'en présentant qu
très rarement au début; et je ne l'applique qu'une seule fois ou, tout au plus
deux fois par semaine. Aux jours intercalaires je fais instiller un collyre sa
turnin (2 à 4 grammes de sel de saturne dans une once d'eau), ou j'appliqu
tous les matins le tannin au moyen d'un pinceau à miniature (un demi-gro
dans une demi-once de glycérine fraîche). La durée de ce traitement dépen
du degré de réaction du côté de la conjonctive qui accompagne les granulation
vésiculeuses. J'ai guéri une foule de cas de ce genre en deux à trois semaines
mais souvent aussi le traitement se prolonge jusqu'à six. L'expérience m'
prouvé que ce remède ne suffit que contre les granulations vésiculeuses et le
granulations confirmées récentes; mais elle m'a aussi prouvé que les rechute
ne sont pas rares. Il n'est nullement nécessaire d'envoyer à l'hôpital ceux qu
souffrent du mal à ce léger degré, le traitement se faisant très facilement dan
la salle d'isolation de l'établissement auquel ils appartiennent.

S'agit-il d'ophthalmiques qui présentent la forme sub-aiguë, je commenc
toujours par combattre la phlogose avant d'avoir recours aux moyens énergi
ques, sauf les cas dans lesquels l'état en apparence phlogosé du globe de l'œ
est dû uniquement à l'irritation produite par les granulations papillaires de
paupières supérieures.

Les phénomènes inflammatoires étant dissipés, et l'état du mal réduit a
plus haut degré de chronicité possible, il y a deux modes de traitement que jus

(1) FALLOT. *Nouvelles recherches pathologiques et statistiques sur l'ophthalmie qui règne dan l'armée belge*. Bruxelles, 1838, pp. 65-67.

(2) *Circulare über die Behandlund der granulösen Ophthalmie; herausgegeben von de obernfeldärztlichen Direction in Folge hohen Kriegs ministerial rescriptes vom* 23 *july* 185 Wien, 1850.

u'ici j'ai préférés. L'un consiste dans l'emploi de la *solution de nitrate d'ar-ent* (argentinitrum : un, deux à quatre gros dans une once d'eau distillée), ecommandée par M. J.-B. Müller et plus tard par M. Hairion. Je l'ap-lique au moyen d'un pinceau à miniature alternativement aux deux paupières, ommençant par les deux paupières supérieures. Après l'avoir étendue sur la onjonctive palpébrale, j'attends quelques moments, puis je lave plusieurs fois surface avec de l'eau fraîche. Je réitère l'application une ou deux fois par emaine, selon les effets du remède et le degré de réaction qui en suit l'usage. ux jours intercalaires, je laisse les paupières tranquilles. J'ai guéri beaucoup e malades par ce remède puissant, dont on ne saurait se passer dans le trai-ement de ces malades : toutefois, je ne dissimulerai pas que ce traitement ure souvent très longtemps, et que les malades se plaignent assez souvent des ouleurs intenses qu'il cause, surtout pendant la nuit qui suit son application. se passe ordinairement longtemps avant que la conjonctive, traitée par ce oyen seul, recouvre son état normal et que la sécrétion morbide cesse entiè-ement. Quoi qu'il en soit, dans des cas chroniques graves, où les paupières, urtout les supérieures, sont hérissées d'une foule de granulations très déve-oppées, ce remède est le plus propre à faire décroître les granulations, à accé-érer la disparition des phénomènes inflammatoires, et à préparer la conjonc-ve à l'emploi du plomb.

L'autre mode de traitement consiste à employer *l'acétate de plomb neutre* d'a-rès la méthode de M. Buys, remède indispensable pour moi, et sans lequel je e sentirais très embarrassé dans mes tentatives pour vaincre l'opiniâtreté de e mal. Il est toujours bon de préparer la conjonctive à son emploi par l'usage réalable du nitrate d'argent en solution. Toutefois, dans des cas légers très hroniques, ne voulant pas perdre de temps, je procède immédiatement à l'ap-lication du plomb. Dans les cas de granulations très développées, comme je ai déjà dit, je m'applique à diminuer préalablement l'engorgement chronique t les granulations par l'usage du nitrate d'argent, continué pendant des se-aines ou des mois même. On ne gagne rien à abréger ce traitement prépara-oire, le plomb étant ordinairement impuissant contre les granulations papil-aires très développées des paupières supérieures, de sorte que, pour l'avoir uitté trop tôt, on est maintes fois forcé d'y recourir plus tard.

Au commencement, j'emploie le plomb tous les quatre ou six jours, en l'ap-liquant la première fois sur les paupières supérieures. Afin que le remède énètre au fond des replis, il est indispensable de bien faire sortir ceux-ci endant l'opération. Lorsque j'agis sur la paupière supérieure, celle-ci tant renversée, je fais regarder le malade en bas, et comprimer le bulbe à ravers la paupière inférieure par mon aide : alors toute la conjonctive de la égion rétro-tarsienne sort et se plisse en demi-cercle au-dessus du globe de 'œil. En agissant sur la paupière inférieure, je fais regarder le malade en haut t déprimer la paupière inférieure par l'aide, en même temps qu'avec le pouce le ma main gauche je comprime la partie supérieure du globe à travers la pau-ière supérieure. De cette manière, toute la région rétro-tarsienne se découvre t vient proéminer plus ou moins. Enfin, pour bien plomber les canthes de 'œil, ce qui est indispensable, on ne doit rien négliger afin de pénétrer par-out : c'est en plombant la paupière qu'on y parvient avec le plus de facilité. 'agit-il en effet du canthe externe, il faut faire tourner l'œil en dedans, et ice versa. En agissant sur le canthe interne, il est indispensable de bien cou-rir de plomb la caroncule lacrymale grossie, et le pli semi-lunaire engorgé, urtout le prolongement supérieur de celui-ci.

Je veille toujours à ce que l'acétate du plomb soit neutre et qu'il soit réduit

en poudre impalpable. L'application faite, si la réaction est forte, ou si les yeux sont très sensibles, je ne m'en sers qu'une fois par semaine ou tous les quinze jours, et, après chaque application, je lave plusieurs fois la surface plombée avec de l'eau fraîche au moyen d'un pinceau de poils de blaireau. Avant de recommencer, il est indispensable que la réaction, les symptômes subjectifs provoqués par l'application précédente, aient entièrement disparu. En réalité, on ne gagne absolument rien à vouloir forcer le traitement sous ce rapport : au contraire on tourmente les yeux, on entrave la résorption, on entretient cette irritation chronique qui fait parfois pousser les granulations avec une nouvelle force, et l'on risque enfin de provoquer la phlogose des parties internes de l'œil, si souvent dangereuse pour la vue, et qui empêche pour longtemps de retourner à l'application du remède le plus puissant que nous possédions.

En cas de réaction considérable, je cherche à la maîtriser par l'application des sangsues près des oreilles, par des fomentations d'eau à la glace sur les paupières, et des bains de pied sinapisés. Maintes fois j'ai eu l'occasion d'apprendre que cette conduite contribuait pour beaucoup à dompter et à faire disparaître l'irritation chronique dont je parlais tout à l'heure. Pour prévenir les réactions intenses chez quelques sujets pléthoriques qui ont les yeux irritables, il est bon de faire précéder le traitement d'une déplétion générale de sang et d'y recourir plus tard selon les circonstances. Plus la guérison approche, plus rarement on aura recours à une nouvelle application de plomb.

Voilà certainement des observations qui suffisent pour démontrer que l'emploi du plomb exige toujours des précautions et beaucoup d'expérience. Ce n'est pas l'opération elle-même qui fait obstacle, bien qu'elle exige toujours une certaine manière de faire, une certaine habitude qui n'est pas promptement acquise. Généralement parlant, *il est facile de plomber*, *mais il n'est pas aussi facile de plomber en temps utile.* Ce sont probablement ces difficultés qui ont fait rejeter le plomb par plusieurs praticiens distingués. A en juger par les appréciations qui ont été faites chez nous comme ailleurs, sur ce mode de traitement, il est hors de doute que tout le monde ne sait pas le manier. Si j'osais, moi, d'après l'expérience que j'ai déjà acquise, préciser une règle à cet égard, je dirais :

« Réduisez le mal au plus haut degré de chronicité possible avant d'en « venir à l'application du plomb; ne répétez que rarement cette application, et « ne craignez pas pour cela que la guérison se fasse attendre plus longtemps. »

Néanmoins, il faut bien l'avouer, j'ai traité des cas, excessivement opiniâtres il est vrai, dans lesquels un traitement suivi pendant plus de dix mois n'a pas suffi. Ici ce furent surtout les granulations papillaires des paupières supérieures qui bravèrent tout essai de traitement.

Dans les cas de ce genre, je me suis comporté de deux manières. Ou je me suis abstenu absolument de tout traitement pendant quatre ou six semaines, pour laisser aux yeux tourmentés l'occasion et le temps de se rétablir et de perdre cette sensibilité factice, qui n'est que trop souvent le fruit d'un traitement prolongé; ou j'ai suivi le conseil de M. J.-B. Müller, de changer de remède pour quelque temps. J'ai observé en effet que la réceptivité des surfaces altérées change quelquefois notablement chez le même sujet, sans que j'en aie pu pénétrer la raison. Le remède, qui, pendant plusieurs mois, avait produit les meilleurs effets, non-seulement cessa tout à coup d'en avoir aucun, mais devint visiblement nuisible, en ravivant l'état d'irritation ou de phlogose chronique qui, combattu depuis longtemps, fit prendre aux granulations un nouvel essor. J'ai donc suspendu l'application du plomb dans des cas de ce genre, pour recourir à celle du nitrate d'argent en solution. Alors

les granulations qui avaient bravé le plomb se sont peu à peu dissipées sous l'action de ce remède, de manière à laisser enfin la surface de la conjonctive tout à fait lisse et unie, mais boursoufflée. Revenant alors à l'emploi du plomb, je vis se produire avec facilité cette couche métallique, qui arrête toute sécrétion anormale et rend l'intéressé inoffensif aux hommes sains. Quelquefois, mais plus rarement, le sulfate de cuivre ou le tannin m'ont rendu le même service.

Enfin je dois faire observer qu'en quelques cas, j'ai en vain tâché de combattre l'état en apparence inflammatoire des yeux avant d'en venir au traitement des granulations par les moyens indiqués. L'emploi, même longtemps continué, des moyens antiphlogistiques ne fut à même de vaincre ni la photophobie, ni l'injection vasculaire du globe de l'œil, ni la kératite panniforme de la partie supérieure de la cornée, ni enfin la sensation de sable très désagréable que le malade éprouve entre le globe et les paupières supérieures. Conformément aux principes sus-mentionnés, il me parut cependant indispensable de faire disparaître cet état avant de procéder à l'emploi des moyens énergiques contre les granulations. Après bien des tâtonnements à cet égard, j'acquis enfin la conviction que tous ces phénomènes n'étaient que des symptômes d'irritation, provoqués par les granulations des paupières supérieures, et nullement des signes de phlogose des parties internes de l'œil. Je les vis en effet céder promptement au traitement des granulations par le nitrate d'argent en solution, mais surtout par le plomb : l'injection du bulbe, le pannus commençant et la blennorrhée disparurent en très peu de temps, comme par enchantement. Depuis que j'ai fait cette expérience, qui s'accorde entièrement avec celle de M. Wotypka (1), je m'enquiers soigneusement de l'état des paupières dans tous les cas de ce genre. Les succès obtenus m'ont déjà prouvé les bons effets de cette pratique. Il est d'autant plus nécessaire d'y faire attention à temps, que l'irritation de ces granulations, par suite du jeu sympathique des nerfs, pourra provoquer la phlogose des parties internes, de l'iris, du corps ciliaire, de la choroïde et de la rétine, et finir avec l'amaurose, l'hydrophthalmie et la paralysie des muscles. J'ai rencontré un exemple de cette triste terminaison.

Les deux modes de traitement que je viens de décrire offrent le même avantage, de ne rien détruire dans la composition anatomique de la conjonctive palpébrale et de ramener lentement celle-ci à son état normal. N'ayant jamais employé le nitrate d'argent en crayon, je parle ici de la solution plus ou moins concentrée de cet agent. Cependant, la méthode de M. Buys a cet immense avantage sur l'autre, de causer au malade moins de douleurs, de produire une couche albumino-plombique, qui non-seulement arrête peu à peu la sécrétion morbide, mais contribue puissamment à dissiper les granulations et l'engorgement chronique de la conjonctive, et partant de rendre plus tôt l'intéressé propre à passer parmi les membres sains d'une réunion quelconque, d'amener la guérison complète dans un espace de temps bien plus court, enfin d'être plus rarement suivi de rechute.

Quant à la forme catarrhale de l'ophthalmie militaire, je l'ai traitée d'après les mêmes principes. L'engorgement villeux de la conjonctive, ordinairement très opiniâtre, a été combattu avec succès par le plomb.

J'ai peu de mots à ajouter pour le traitement de l'ophthalmie militaire à son summum d'acuité, de l'ophthalmie dite purulente. Aussi longtemps que prédominent les phénomènes suraigus, je fais faire des injections fréquentes (tous les quarts d'heure au début), afin d'éloigner la sécrétion morbide et d'empêcher qu'elle reste trop longtemps sur la cornée. J'emploie de l'eau tiède simple

(1) Loc. cit., p. 98.

pour ces injections. En même temps, j'applique sur la paupière supérieure une petite vessie, remplie d'eau et de glace pilée, et je cherche à combattre l'acuité du mal par la saignée, l'application de sangsues aux tempes, de bains de pieds sinapisés, et par l'usage interne du mercure jusqu'à ce que la bouche s'entreprenne. Aussitôt que la sécrétion des yeux est devenue plus liée et muqueuse, de séreuse et très chaude qu'elle était, j'ai recours à la solution de nitrate d'argent (dix grammes dans une once d'eau distillée), en promenant une ou deux fois par jour le pinceau sur toute la surface de la muqueuse phlogosée. Selon moi, aucun remède n'est plus propre à favoriser la résorption du plasma exsudé, et à améliorer les qualités de la sécrétion. S'il y a des ulcérations sur la cornée, je les touche avec le nitrate d'argent solide ou en solution concentrée, et, s'il y a danger de perforation de cette membrane, je fais instiller un collyre avec de l'atropine, afin de dilater la pupille et d'écarter l'iris autant que possible de l'endroit où la rupture menace de s'opérer. Contre les maux de tête périodiques, j'ai employé avec succès la quinine et des frictions aux environs des yeux avec l'onguent mercuriel uni à l'opium. Je ne continue pas trop longtemps les embrocations glacées. Quant au traitement des granulations dans des cas de ce genre, il faut que la phlogose des parties internes ait entièrement disparu, que la photophobie ait cessé, avant qu'on songe à les attaquer par les moyens énergiques. Ordinairement je commence par l'application du nitrate d'argent en solution (un gros par once d'eau), car l'expérience m'a prouvé que l'usage prématuré de l'acétate de plomb dans de telles circonstances peut facilement réveiller la phlogose des parties internes, et qu'alors on a plus de difficulté à la combattre. C'est surtout la paupière inférieure qui se montre la plus sensible sous ce rapport.

J'ai employé le plomb avec beaucoup de succès contre la kératite panniforme et contre le pannus lui-même : dans les cas de ce genre, la maladie de la cornée était toujours due à l'irritation causée par les granulations siégeant aux paupières supérieures. Dans un cas, je l'ai aussi employé avec plein succès contre le staphylôme conique des deux yeux : sous l'action de ce sel sur les paupières supérieures, j'ai vu non-seulement décroître la protubérance du staphylôme mais la pellucidité de la cornée se rétablir de jour en jour. Le malade dont il s'agit, qui, en commençant la cure, avait la vue tellement affaiblie qu'il pouvait à peine se guider lui-même dans les rues, finit par recouvrer la faculté de voir à tel point que, non-seulement il était à même d'aller librement partout mais à un certain degré même de lire et d'écrire.

II

NOTE SUR L'OPHTHALMIE GRANULEUSE QUI A RÉGNÉ DANS LA GARNISON D'ALTONA, DE 1852 A 1857,

PAR H.-P. GRADMANN,

Médecin attaché à l'armée danoise.

---

§ Ier.

Chargé du service de santé du 16e bataillon d'infanterie, qui avait été recruté dans le Holstein, j'arrivai le 1er mai 1852 à Altona. Beaucoup de troupes

infectées de l'ophthalmie militaire avaient été cantonnées dans cette ville pendant la dernière guerre.

En arrivant, j'y trouvai encore plusieurs détachements de régiments autrichiens, dans lesquels on avait compté beaucoup d'ophthalmiques; ces troupes ne sortirent de la ville que dans le courant de juin.

Le 16e bataillon était logé dans une petite caserne, vieille, et dont une partie servait d'hôpital. L'ophthalmie, auparavant assez fréquente dans ce bataillon, ne s'y était pas montrée depuis quelque temps, et l'on croyait qu'elle en avait complétement disparu. — Mais, le 5 mai déjà, je remarquai un cas aigu de cette affection, jusqu'ici inconnue chez nous. Bientôt après, un autre soldat fut affecté, qui avait servi de garde-malade au premier, et, dans le courant de trois mois et demi, cinq cas de la même intensité se manifestèrent.

Le 2 août 1852, l'autorité militaire de la province publia un règlement qui ordonnait des visites hebdomadaires, l'isolement des individus atteints, certains allégements dans le service, des désinfections, etc.

Le 15 août 1852, le 16e bataillon quitta Altona, et y fut remplacé par le 3e bataillon, venant de Copenhague, d'où il amenait avec lui, comme j'ai lieu de le croire, quelques hommes portant des granulations latentes. Une compagnie du bataillon fut aussitôt logée dans ladite caserne. Quoique je crusse que celle-ci était assez désinfectée, et bien que l'hôpital eût été transporté dans un autre bâtiment, huit jours s'étaient à peine écoulés depuis l'arrivée du bataillon, lorsque la maladie éclata dans ladite compagnie, qui, à partir de ce moment, continua à fournir un nombre de cas aigus assez graves, tandis que les autres compagnies, logées dans des maisons privées du voisinage, n'en fournirent que très peu pendant plusieurs mois.

Dans le courant de septembre, la garnison de la ville et des environs fut augmentée d'une batterie, de deux escadrons et du 9e bataillon d'infanterie ; ces troupes, jointes au 3e bataillon déjà nommé, formaient un total d'environ 1,200 hommes, nombre qui, pendant l'été, c'est-à-dire depuis l'arrivée des recrues le 1er juin, jusqu'au renvoi en congé des anciens soldats, vers la fin de septembre, s'élevaient à environ 1,900 hommes.

§ II.

Je commencerai par faire une courte statistique des trois premières années de mon séjour à Altona, du 1er mai 1852 au 30 avril 1855. — Dans cette période, pendant laquelle tous les ophthalmiques de la garnison envoyés à l'hôpital furent soumis à mes soins, les diverses troupes en fournirent, en y comptant les récidivistes, le nombre que voici :

CORPS.	1852-1853.	1853-1854.	1854-1855.	TOTAL.
16e bataillon.	5	»	»	5
3e bataillon.	56	56	60	172
9e bataillon.	7	23	60	90
Une batterie et deux escadrons. .	6	19	1	26
	74	98	121	293

Quant au 16e bataillon, nous avons déjà remarqué que les cinq cas s'étaient manifestés dans les casernes. — La batterie et l'un des escadrons, qui étaient tous deux logés à Altona, envoyèrent respectivement à l'hôpital 13 et 12 hommes, tandis que l'autre escadron, logé dans un village voisin, ne fournit qu'un seul

ophthalmique pendant ce laps de trois années. Mais c'est le 3e et le 9e bataillons qui nous occupent spécialement.

Le 3e *bataillon* eut toujours une ou deux compagnies logées dans la caserne, tandis que les autres étaient distribuées dans les maisons privées environnantes. — Comme ce fut tantôt l'une, tantôt l'autre compagnie qui fut incasernée, il devint assez évident que la caserne était le foyer principal de la contagion. — Nous fûmes pourtant peu à peu assez heureux pour arriver enfin, par le moyen de désinfections continues, à ce que ce bâtiment ne fournît guère plus d'ophthalmiques que les quartiers de la ville.

Les cas traités à l'hôpital peuvent, sous le rapport de l'acuité de l'inflammation, être divisés en cas légers, subaigus ou plus graves et aigus; et enfin cas très graves (phlegmoneux), division qui correspond à peu près aux 1er, 2e et 3e degrés d'Eble.

Jusqu'en avril 1855 il fut fourni, les récidivistes non compris, par les hommes appelés au service :

	DU PREMIER DEGRÉ.	DU DEUXIÈME DEGRÉ.	DU TROISIÈME DEGRÉ.	TOTAL.
En 1852. .	23	37	2	62
» 1853. .	18	22	»	40
» 1854. .	15	19	»	34

Si nous ajoutons que les hommes de 1852 ne sont restés dans la garnison que huit mois et demi, pendant lesquels la force ne fut pas augmentée par les recrues, on verra que les cas inflammatoires sont devenus peu à peu plus rares et moins intenses. — Ce résultat est dû essentiellement, je crois, aux désinfections assidues, et à l'usage de plus en plus commun des salles d'isolation, tandis qu'on abrégeait en même temps le séjour des malades à l'hôpital, autant que possible.

Le 9e *bataillon* arriva à la garnison bientôt après le 3e, comme il a été dit, et avec une force égale. Lui aussi amena avec lui d'Eckernfjord, d'où il venait, quelques hommes portant des granulations latentes, ce que j'appris longtemps après.

Dès le commencement, ces soldats furent logés dans des quartiers privés, répartis sur la plus grande partie de la ville. La maladie ne s'y montra d'une manière manifeste que dans le mois de décembre 1852; et ce fut dans la 4e compagnie, et précisément dans un ancien bâtiment où un nombre insolite d'hommes était accumulé, et qui était situé dans une rue étroite, longeant le fleuve et occupant la partie la plus basse de la ville. On peut dire que toutes les circonsances favorables au développement de l'épidémie étaient réunies dans ce lieu.

Aussi cette compagnie continua-t-elle à fournir un nombre de cas aigus, sans comparaison plus grand que les autres compagnies, jusqu'à l'été de 1853, quand elle fut transportée au village d'Oltenzen, où de tels cas devinrent bientôt très rares et disparurent presque dans cette 4e compagnie.

Comme on l'a vu plus haut, le chiffre des malades envoyés à l'hôpital suit une progression ascendante très marquée.

La raison en est que, dans le commencement, on n'y envoyait que les cas assez graves, en considérant les plus légers comme des cas d'ophthalmie catarrhale simple, et étrangers à l'épidémie.

En réalité, lorsque dans l'automne de 1854, je fus chargé aussi du service du 9e bataillon, il s'y trouvait un nombre de cas plus ou moins aigus, qui ne différa pas notablement de celui fourni par le 3e bataillon. Mais, il faut le dire,

les cas aigus étaient moins intenses, et les cas de granulations chroniques moins graves que dans le dernier; circonstance due sans doute à ce que le 9e bataillon avait été logé ordinairement dans des conditions plus favorables, et que les malades avaient été soumis au traitement et au séjour prolongé à l'hôpital.

§ III.

Dans ces dernières années, pendant lesquelles toute la garnison envoya à l'hôpital 293 cas d'ophthalmie plus ou moins grave, il n'arriva pas un seul cas de cécité même partielle, causée soit par le staphylôme, soit par toute autre espèce d'opacités de la cornée. Aucun des malades ne fut congédié, même temporairement, pour cause de granulations chroniques de la conjonctive. Le séjour à l'hôpital qui, l'un dans l'autre, était la première année de quarante-six jours, fut la seconde année réduit à ving-huit, et la troisième à vingt jours et demi.

Une circulaire du ministre de la guerre, datée du 6 décembre 1853, dont l'article 17 interdit le renvoi dans leurs foyers des soldats portant encore certaines formes de la granulation palpébrale, empêcha seulement une fois, dans l'automne de 1853, le congé de deux hommes au temps ordinaire.

Passons aux deux années suivantes, de mai 1855 à avril 1857, période dans laquelle je ne fis pas constamment de service dans la garnison.

On envoya à l'hôpital, de deux bataillons, le nombre de malades que voici :

	MAI 1855-AVRIL 1856.	MAI 1856-AVRIL 1857.
3e bataillon . . .	92	13
9e bataillon . . .	89	17

Un cas de blennorrhée très aiguë, qui s'était développé à l'hôpital en mai 1855, semble avoir été la cause principale de mesures extraordinaires et d'un changement dans les principes adoptés jusqu'alors. On traita à l'hôpital, comme on le voit, un nombre insolite de cas, particulièrement dans les mois de juin et de juillet. — En même temps, de nombreux soldats légèrement atteints furent admis dans le local d'isolement, qui fut beaucoup agrandi.

Heureusement, la force fut notablement diminuée vers la fin de l'été, ce qui semble avoir contribué principalement à une amélioration dans cet état inquiétant, pendant lequel se montrèrent dans cette garnison les premiers cas de cécité partielle, à savoir chez un individu aux deux yeux, chez un autre à un seul.

Rentré au service en 1855, je trouvai dans le local d'isolation 40 individus qui, pour la plupart, longuement traités à l'hôpital, en avaient été renvoyés avec une conjonctive fortement granulée, de sorte que deux d'entre eux durent être réformés temporairement. Les autres furent guéris peu à peu et rentrèrent au service.

En réadoptant les principes auparavant suivis dans la garnison, par rapport au traitement à l'hôpital ou au local d'isolation, nous parvînmes enfin, vers le printemps de 1856, à un état presque aussi favorable que celui de l'année précédente, et, en conservant ces mêmes principes pour l'avenir, nous avons été assez heureux pour dominer l'épidémie à ce point que, pendant l'année suivante (1856-57), on ne fut forcé d'envoyer à l'hôpital, de deux bataillons, que 13 et 17 cas aigus, dont aucun n'occasionna, soit la perte de la vue, soit la réforme.

Quant à l'état de la maladie dans les trois ou quatre derniers mois, nous en parlerons plus loin.

§ IV.

Cependant on ne peut se faire une idée juste de la vraie extension de la maladie d'après les chiffres précédents, qui n'ont rapport qu'aux cas plus ou moins aigus, et combinés avec des accidents subjectifs plus ou moins prononcés.

Une circulaire, datée du 19 novembre 1852, du médecin principal auprès du commandement général, recommandait aux médecins militaires des recherches plus minutieuses sur ce qui se rapportait à la cause de la maladie, aux formes diverses de son apparition, etc., etc.

Ces recherches me firent trouver un jour, au commencement de décembre de cette même année, sur 381 hommes du 3ᵉ bataillon, qui étaient présents à la visite, le nombre surprenant de 223 personnes dont la conjonctive palpébrale montrait divers états anormaux qui, pour la plus grande partie, me semblaient appartenir à notre maladie.

Ces abnormités consistaient en injections légères (érythème); carnifications peu prononcées et infiltrations plus fraîches avec ou sans rougeur de la conjonctive ; et parmi ces derniers, des vésicules rétro-tarsiennes. Quant à ces dernières, j'ai conservé longtemps encore, je dois l'avouer, des doutes sur le point de savoir si elles n'appartiennent pas à un état physiologique.

Pour faire voir comment ces états anormaux étaient distribués dans la masse des soldats, je me contenterai d'indiquer le résultat d'une visite faite les 21 et 22 mars 1854, aux deux bataillons.

	3ᵉ BATAILLON.	9ᵉ BATAILLON.
Cas aigus à l'hôpital	5	4
Cas de carnifications ou granulations palpébrales	21	16
Cas de vésicules rétro-tarsiennes avec injection anormale	21	60
Cas de vésicules rétro-tarsiennes sans injection anormale	40	33
Cas d'injection de la conjonctive, censée accidentelle	17	13
Total	104	126
Nombre d'hommes présents à la visite	211	245
Force du bataillon	283	285

Il y avait donc à l'ordinaire du tiers à la moitié des soldats chez lesquels on trouvait des abnormités conjonctivales.

§ V.

J'arrive à un court exposé des résultats auxquels je crois être parvenu, en m'occupant de la maladie dans cette garnison, ainsi que dans l'hôpital érigé l'année dernière à Augustenborg, pour 344 cas de granulations plus ou moins chroniques, qui y furent envoyés de la garnison de Copenhague.

I. La maladie me semble avoir son origine dans la combinaison de deux causes principales, savoir :

a) Une contagion qui se propage d'un individu à l'autre, ordinairement par l'atmosphère, ou par voie miasmatique; cette cause ne paraît point se rapporter plus spécialement à l'état inflammatoire et blenorrhagique.

b) Une disposition assez particulière aux soldats, qui semble consister dans une espèce d'état d'acclimatation, auquel ils sont soumis bientôt après leur arrivée de la campagne dans les grandes villes; disposition qui n'est pas sans doute indispensable pour que la maladie ait lieu, mais qui la fait plus fréquente et souvent plus obstinée au traitement chez les militaires que chez les hommes civils. — Cette disposition se rapporte plus proprement à l'état granuleux.

II. L'effet immédiat du miasme est une légère irritation de la conjonctive, indiquée par une rougeur très faible (érythémateuse), principalement aux coins externes, où l'on observe ordinairement en même temps une petite agglomération de vésicules, ou une légère infiltration sous-épithéliale, sans que l'homme se doute de l'affection. Cet état érythémateux ou vésiculo-érythémateux me semble être la maladie essentielle ou primitive qui,—d'un côté la rougeur vive et souvent assez fugitive une fois disparue, — laisse la conjonctive dans un état d'infiltration, ou vésiculeux ou bien légèrement carnifié; — et d'un autre côté peut s'élever aux formes diverses plus manifestes, en prenant une marche soit plus chronique, soit plus aiguë.

III. Ce passage d'un état latent à un état plus manifeste, a lieu le plus souvent chez des hommes logés dans de vieux bâtiments, situés dans des rues basses et étroites, surtout quand on y entasse beaucoup d'hommes; enfin dans les casernes, les hôpitaux et locaux d'isolation, qui pendant un long temps ont été le séjour de granulés. — Si l'on ajoute à cela une certaine disposition atmosphérique qui, dans cette place du moins, semble exister assez constamment au commencement de l'été et de l'automne, et enfin toutes les influences en général nuisibles aux yeux, savoir des corps étrangers et surtout les courants d'air, on a dans tous ces faits une série de causes accidentelles et accessoires qui semblent augmenter à un haut degré l'activité des deux causes principales susdites.

IV. Parmi nos recrues, la forme primitive se répand assez vite, de sorte qu'après deux mois passés à la garnison, je trouve ordinairement que presque la moitié est ou a été atteinte de cette forme primitive ou de ses suites chroniques.

La forme sub-aiguë est assez rare pendant les premiers mois du service, et l'état aigu (2e degré), que je n'ai jamais vu faire son apparition avant la fin du premier mois, ne revêt ordinairement son vrai caractère qu'après trois ou quatre mois passés dans la garnison. — Pendant toute la durée du service, qui est de six mois, on trouve presque toujours que les deux tiers environ de la masse ont été atteints d'une manière latente ou manifeste.

V. Le troisième degré de la maladie a été assez rare dans la garnison ; nous n'en comptons que sept à huit cas. — Ce sont les cas du 2e degré, — qui commencent par des symptômes subjectifs et objectifs ressemblant assez à ceux d'une ophthalmie catarrhale aiguë, — qui ont ordinairement occupé nos salles d'hôpital, destinées aux ophthalmiques, tandis que les cas sub-aigus étaient le plus souvent traités dans le local d'isolation.

Il n'entre pas dans mes vues de m'occuper d'une manière spéciale de la pathologie de la maladie et de la marche du *processus* granuleux ; j'ajouterai seulement quelques mots sur le traitement.

VI. Il a été essentiellement hygiénique et prophylactique. — Assainir les quartiers, abandonner tout à fait, pour un temps plus ou moins long, ceux qui semblaient le plus infectés; enfin éviter l'encombrement et isoler autant que possible les hommes atteints; telles furent les mesures qui, dans une garnison où chaque compagnie est ordinairement distribuée dans vingt à trente mai-

sons séparées, demandèrent sans doute beaucoup de temps et une surveillance assidue, mais dont on put aussi attendre un succès plus sûr, que dans des garnisons où les troupes sont logées dans un seul bâtiment, dans lequel se trouvent de plus les salles d'isolation.

Les hommes dont la conjonctive montrait une rougeur très légère, ou qui portaient quelques vésicules sur une conjonctive tout à fait normale, ne furent isolés que lorsque la force de la garnison était assez diminuée pour qu'on n'eût pas à craindre l'encombrement dans les locaux d'isolation, et lorsque ceux-ci étaient débarrassées des cas plus prononcés.

Les cas sub-aigus étaient envoyés à l'hôpital aux époques où il était délivré des cas du 2e degré; quand ceux-ci survenaient, ils étaient traités à l'hôpital, tandis que les cas sub-aigus passaient aux locaux d'isolation.

Dans les périodes de l'exacerbation épidémique (mai et juin, septembre et octobre) il arrivait souvent que l'hôpital se trouvât encombré d'une espèce de malades, et le local d'isolation de l'autre. — Je préférai dans de telles circonstances faire passer les hommes isolés aux quartiers ordinaires, et enfin diminuer l'encombrement de l'hôpital en l'évacuant peu à peu dans le local d'isolation. — L'effet de ce déménagement fut presque toujours une amélioration très marquée dans l'état des deux espèces de malades.

Il est vrai que ces hommes étant par cela même un peu plus abandonnés à eux-mêmes, et exposés à diverses influences nuisibles, quelques-uns d'entre eux eurent à subir une recrudescence inflammatoire assez opiniâtre. — Mais il est d'un autre côté presque certain que le séjour prolongé à l'hôpital donne lieu à un état de granulisation chronique et invétéré, dont le traitement dans la garnison est d'autant plus difficile qu'il est ordinairement compliqué d'un état de faiblesse générale, ou pour mieux dire d'une espèce de cachexie nosocomiale, laquelle n'est sans doute qu'une exagération de la susdite disposition, que nous supposons très commune chez nos soldats.

§ VI.

Quant au traitement thérapeutique des cas inflammatoires, dont on peut attendre un succès d'autant plus sûr que le malade est plus isolé, je dirai seulement que les cas les plus légers sont traités par une faible solution de sulfate de zinc, sans ou avec l'emploi d'épithêmes d'eau froide; — les cas du 2e degré par la même solution ou celle de nitrate d'argent, repos au lit, épithême froid, et parfois application de sangsues; — enfin le 3e degré a exigé très rarement une saignée; mais toujours les sangsues, l'épithême de glace, des instillations des solutions susdites et l'usage interne du chlorure de mercure. Nous tenons encore à ce que les maladies sortent aussitôt que possible du lit, et enfin de la chambre où ils sont traités.

En observant les mesures hygiéniques, et particulièrement en faisant passer de temps en temps les hommes atteints d'infiltration, de carnification ou de granulations chroniques d'un local plus infecté dans un autre plus sain, on parvenait le plus souvent au but désiré, de sorte que l'emploi du sulfate de cuivre, du nitrate d'argent, etc., était peu à peu devenu assez rare dans cette garnison. — Mais je ne dis pas que le cas serait le même dans une garnison qui n'offrirait pas les mêmes facilités d'isolation. — Ainsi leur emploi était fréquent à l'hôpital d'Augustenborg, où ils étaient ordinairement appliqués tous les trois ou cinq jours.

Mais c'est cependant à l'acétate de plomb que je donne la préférence dans

es cas opiniâtres d'une granulation forte, qui presque toujours suivent une ecrudescence inflammatoire chez les anciens granulés.

Pour faire apprécier les résultats obtenus par le traitement susdit, je me ermettrai, en terminant, d'exposer l'état actuel de la maladie dans les deux ataillons :

Du 1er mai jusqu'au 15 août de cette année, 17 malades ont été traités à l'hôital, dont 13 étaient atteints d'une inflammation seulement sub-aiguë.

La durée du séjour à l'hôpital de ces 17 malades a été, l'un parmi l'autre, de uze jours, quoiqu'il se trouvât entre eux le cas extraordinaire d'une recrue ui — arrivée à la garnison avec une conjonctivite chronique, et trois semaines près admise à l'hôpital pour une pleurésie, — y fut atteinte au bout de deux semaines d'une blennorrhée très aiguë, qui occasionna la perte partielle de la ue d'un œil.

Le 15 août, alors que nous n'avions à l'hôpital que 3 ophthalmiques, je rouvai dans ma visite de deux bataillons formant un total de 1,000 hommes :

2 cas de conjonctivite sub-aiguë,

1 cas de granulation chronique assez prononcée; ce cas nous était venu d'une rmée étrangère, où l'homme avait été traité pendant un long temps par des austiques.

Chez une cinquième partie de la force, nous observâmes enfin des injections onjonctivales érythémateuses très faibles, ou des vésicules sur une conjoncive tout à fait normale; accidents qui, comme il est dit plus haut, se trouèrent chez un tiers au moins des soldats.

III

IÈCES INÉDITES COMMUNIQUÉES AU CONGRÈS SUR L'OPHTHALMIE MILITAIRE EN DANEMARK.

PAR LE DOCTEUR NUE,
Médecin militaire retraité à Wordingborg.

---

1. *Rapport à M. Müller, médecin en chef de l'armée danoise.*

Pendant une tournée de quelques jours que je fis à la campagne pour visiter les malades, je fus prié d'examiner les yeux d'un canonnier en permission, ppartenant au 1er régiment d'artillerie. Ces yeux présentaient des granulaions sur un fond rouge (sub-inflammatoire), trachôme qui, à cette époque, tait dans un état d'irritation et de sécrétion muqueuse.

Depuis longtemps déjà je pensais (et partout où je rencontre des ophthalniques de cette espèce cette pensée me poursuit) que dans les maladies contagieuses des yeux, il y a quelque chose de *local* et non pas, à proprement parler, l'épidémique. C'est ce qui me fit engager avec le canonnier en question la onversation qu'on va lire :

Moi. Pendant que tu étais au service, y avait-il à ton régiment beaucoup l'hommes qui avaient mal aux yeux ?

Lui. Oui, quinze jours après notre arrivée au régiment, la moitié d'entre ous avaient déjà les *yeux malades.*

Moi. N'avez-vous jamais, vous soldats, réfléchi à cela, ou ne vous êtes-vou jamais demandé entre vous quelle pouvait être la cause de ce mal d'yeu qui règne particulièrement parmi les soldats de Copenhague?

Lui. Oh ! si.

Moi. D'où croyez-vous donc que ce mal provienne?

Lui. Du seau d'eau dans lequel nous nous lavons tous, tant que nou sommes, dans les chambrées.

Moi. Combien de seaux apporte-t-on chaque jour dans chaque chambre, e combien d'hommes se lavent dans un seul et même seau?

Lui. Nous sommes dans chaque chambre de quinze à vingt-cinq hommes et un seul seau d'eau nous sert à nous laver tous, car il ne vient qu'un seu seau d'eau par jour dans chaque chambre ; (ici sa mère, qui était présente l'entretien l'interrompit par ces mots : « mais c'est une vraie horreur. ! »)

Moi. Est-ce le règlement qui veut qu'il n'y ait qu'un seul seau d'eau pa jour et par chambre?

Lui. Oui.

Moi. Avez-vous loin à aller dans la cour pour chercher de l'eau, et vous est-il défendu d'y aller?

Lui. Non, il n'est pas défendu d'y aller, mais on a si peu de temps!

Moi. Mais pourquoi donc ne vous entendez-vous pas pour apporter à tour d rôle dans les chambres plusieurs seaux d'eau propre, si vous croyez que c'es l'eau sale qui vous donne mal aux yeux?

Lui. Ah ! bien, oui, personne ne veut aller en chercher, et alors on se ser de celle qu'on a.

Moi. A quoi ressemble le seau d'eau lorsque vous vous y êtes tous lavés?

Lui. L'eau est grasse, on dirait qu'il y a de la crême dessus, et le seau une odeur puante, car on ne le nettoie jamais; à tel point que le sous-officier de chambrée en venait à dire : « Ce seau d'eau est par trop dégoûtant, mon tez-en un autre. »

Moi. N'aviez-vous pas souvent les yeux collés en vous levant le matin, et ne s'y trouvait-il pas de la mucosité quand vous alliez au seau?

Lui. Oui, chez un grand nombre d'entre nous.

Moi. Votre capitaine ou votre lieutenant savaient-ils quelque chose de cela

Lui. Non. Je ne le crois pas, du moins; mais le sergent et le sous-officier l savaient.

Moi. Me permets-tu de rapporter à Copenhague ce que tu viens de me dire

Lui. Je n'ai pas de raison de m'y opposer, car c'est facile à prouver.

Moi. Comment te nommes-tu, et quel numéro as-tu quand tu es a service?

Lui. Je me nomme Hans Pedersen Udby, et j'ai le n° 42 dans la 7e batteri du 1er régiment d'artillerie.

Moi. Crois-tu que, dans les autres casernes de Copenhague, tous les soldats se lavent de la même manière dans un même seau d'eau pour chaque chambrée ?

Lui. Il en est ainsi dans toutes les chambres de la nouvelle caserne d'artillerie, et aussi, je crois, dans l'ancienne caserne d'artillerie ; je ne sais rien d ce qui se fait dans les autres.

On remarquera que je n'ai pour mon compte personnel aucune raison d douter de l'exactitude de cette déclaration.

Comme contagioniste, je crois que non-seulement la blennorrhée se communique, mais qu'il serait difficile de ne pas regarder comme se communiquant

également le trachôme et les granulations, tant primitives que secondaires, lorsqu'elles sont dans un état d'irritation et de sécrétion muqueuse; et comme l'eau froide, surtout en été, n'enlève rien, on le sait, à la puissance incessante d'une contagion, il ne me semble nullement invraisemblable que l'eau à laver, ci-dessus mentionnée, de la façon dont elle est employée dans les casernes, d'après l'explication de l'artilleur, puisse propager la maladie par contagion, et que cette contagion puisse atteindre en peu de temps beaucoup d'individus à la fois.

Il n'est pas sans exemple que la cause d'un mal se trouve parfois beaucoup plus près qu'on ne pense, et que l'opinion d'un homme du commun ait sa valeur à côté des profondes recherches des savants.

Il me serait agréable, Messieurs, après vous avoir communiqué la conversation ci-dessus, de pouvoir y ajouter un petit supplément, en vue de jeter quelque lumière sur la propagation d'une maladie qui est assez gênante pour l'armée, bien que je ne redoute pas qu'elle devienne jamais chez nous une *plaie nationale.*

Je voudrais pouvoir faire admettre qu'à côté des excellentes dispositions hygiéniques qui ont déjà été prises, il en fût pris une autre parfaitement efficace, celle d'ordonner que chaque soldat de l'armée, surtout quand il est caserné, fût pourvu d'une gamelle pour se laver, par exemple, d'une simple gamelle vernissée pour deux, et de veiller strictement à ce que chacun en fît usage.

Les quelques cas d'ophthalmie contagieuse qui se sont produits jusqu'à présent dans la campagne, du moins aux environs d'ici, ont eu, je crois, exclusivement pour cause l'usage en commun d'essuie-mains faits ordinairement d'un morceau de toile mince, d'une aune de long sur une demi-aune de large, et pendus à la porte de la chambre d'habitation pour servir à six ou huit personnes pendant huit à quinze jours. En outre, on se lave le visage avec les mains avant de le sécher avec le linge; souvent aussi l'on ne se sert de l'essuie-mains, humecté seulement avec de la salive, que pour s'essuyer la figure et notamment les yeux.

Je crois devoir faire observer, à cette occasion, qu'il serait peut-être bon de bien faire comprendre au peuple des campagnes que la maladie d'yeux qui s'est produite dans le pays, pendant ces dernières années, est contagieuse; en d'autres termes, de lui en faire peur. Si les paysans (et je range les soldats dans la même catégorie) avaient une bonne fois aussi peur de l'ophthalmie contagieuse que de la gale par exemple, je crois que peu à peu cette maladie deviendrait de plus en plus rare.

J'espère que vous voudrez bien accueillir cette communication comme une preuve de mon bon vouloir pour un sujet qui m'intéresse d'une façon toute particulière.

2. *Observations sur l'ophthalmie militaire en Danemark, adressées à la Commission d'oculistique, instituée par ordonnance royale en date du* 26 *mai* 1856, *à Copenhague.*

Si je me permets, sans en avoir été prié, d'exprimer à la *Commission d'oculistique* mon opinion touchant l'ophthalmie dite contagieuse, qui s'est produite en Danemark, et particulièrement dans l'armée, pendant le cours de ces six dernières années, ce n'est pas qu'en présence des savants distingués dont cette commission se compose, d'hommes d'étude et d'expérience, qui ont consacré de longues années d'efforts persévérants à jeter quelque jour sur cette mysté-

rieuse maladie, je me croie la capacité et les connaissances nécessaires pour apporter quelque chose de nouveau. Non, je veux simplement attirer l'attention sur un point spécial, sur une mesure hygiénique qu'on ne me paraît pas avoir pris en assez sérieuse considération, ni chez nous, ni à l'étranger, excepté peut-être en Hanovre, où a régné la maladie en question.

J'ai adressé, le 22 novembre de l'année dernière, une note concernant cette maladie au médecin en chef de l'armée, qui m'a fait l'honneur de m'en remercier par lettre. Dans cette note, je me déclarais contagioniste et j'exprimais l'opinion, résultat de mon expérience, que cette maladie avait quelque chose de *local*, mais rien en soi de proprement épidémique. Seulement, je ne donnais aucune raison à l'appui de cette manière de voir, d'une part, parce que tel n'était pas le but de ma note, d'autre part, parce que la seconde moitié de mon assertion me semblait suffisamment évidente, et qu'une preuve en faveur de la première, c'est que la maladie est encore aujourd'hui (et probablement restera) là où elle a été autrefois importée.

On sait qu'on a divisé l'ophthalmie contagieuse en catarrhale blennorrhagique et trachomatique. Le mot d'épidémie a été souvent employé à tort dans un certain sens pour désigner cette maladie. Si l'on a cru y reconnaître un caractère épidémique, il est probable que c'est la constitution catarrhale de l'air, *grippe* ou *influenza*, qui a influé comme cause occasionnelle sur le trachôme déjà existant; et lorsque le trachôme, parvenu à un grand développement, s'est présenté comme blennorrhée (laquelle blennorrhée, selon moi, n'appartient pas plus à l'ophthalmie contagieuse que les autres espèces de blennorrhées de la conjonctive, à l'exception de la syphilis et de la gonorrhée) alors la cause occasionnelle ci-dessus mentionnée (jointe aux causes prédisposantes) comme aussi la poussière, la fumée, la marche forcée par un temps chaud, etc., etc. y a certainement une part incontestable.

Mais le vrai trachôme, dans lequel je comprends un commencement de petites vésicules d'une limpidité aqueuse (vésicules primitives) est, à mon avis, une maladie contagieuse qui se transmet d'individu à individu par un *contagium per contactum*. Tout individu sur la conjonctive duquel se montrent ces petites vésicules primitives d'une limpidité aqueuse ou grisâtres (exanthèmes), je le considère comme infecté (inoculé); et, à un certain degré de maturité, dans des circonstances favorables, comme par exemple lorsqu'a lieu la moindre sécrétion causée par irritation ou catarrhe, la maladie est, selon toute vraisemblance, en état d'être transmise. J'ai observé moi-même en diverses circonstances que ces vésicules peuvent souvent être latentes, de même qu'elles peuvent disparaître d'elles-mêmes; mais on ne doit pas oublier ici que toutes les plantes ne croissent pas dans tous les terrains, et que toute graine qu'on a semée ne pousse pas toujours.

Le médecin en chef de l'armée belge, le docteur Vleminckx, malgré son expérience de vingt-cinq ans, semble éprouver à l'égard de ces vésicules, qui ne sont que tout juste *innocentes*, un embarras manifeste; car, chose assez étrange, il leur attribue une *signification* sans leur accorder aucune *importance*, et cependant il conclut en conseillant à plusieurs reprises d'y *veiller* attentivement.

Je ne crois pas à la contagion à travers l'air, *à distance*; mais qu'une trop grande agglomération d'hommes doive être comptée parmi les causes efficientes de l'irritation du trachôme, que le trachôme puisse même arriver jusqu'à la blénorrhée, — c'est ce qu'on ne saurait mettre en doute.

Cette seule circonstance, que la maladie résiste à tous les moyens employés pour l'extirper, là où elle s'est une fois enracinée, tandis qu'une véritable épi-

émie a un commencement, un point culminant et une fin, cette seule circonance, dis-je, doit suffire pour qu'on ne désigne pas comme épidémique ophthalmie des armées. Sa persistance me semble pouvoir être expliquée une manière satisfaisante par cela seul que la présence de la cause (la transission continuelle de la contagion, d'individu à individu) dans une certaine esure a été permise. « C'est sa présence elle-même qui explique sa perstance. » Ces paroles du médecin principal, docteur Fallot, sont assurément ès justes; elles signifient à peu près ceci : Le trachôme n'a qu'une *seule* ause.

Pour prouver la contagion de la maladie, bien que ce soit superflu, je me ermettrai de citer deux cas de ma pratique privée, où il y a eu infection maifeste par deux soldats en permission du 4e régiment de ligne.

L'été dernier, je reçus la visite d'un paysan, Peder Pederson, de Lundby, ont la femme avait déjà, depuis assez longtemps, consulté un de mes collègues e Prœstœ, pour un mal d'yeux que je reconnus être un cas aigu d'ophthalmie ontagieuse. La face rétro-tarsienne était garnie de granulations rouges, muoso-purulentes, et sécrétant des mucosités ; les bords extérieurs des paupières taient rouges ; il y avait photophobie, douleur et enflure. Je demandai à cette mme s'il n'y avait pas à sa ferme un soldat en permission qui avait mal aux eux, et qui se servait du même essuie-mains qu'elle. Elle me répondit que ui; alors je prescrivis les moyens ordinaires qui amenèrent bien, il est vrai, e l'amélioration, mais non une guérison complète. Avant que le soldat ne int chez elle, les yeux de cette femme étaient parfaitement sains ; son mari vait des vésicules primitives, ainsi que leur jeune garçon, enfant de 8 à 9 ans, u'ils avaient amené avec eux. Ce soldat m'a fait aussi diverses communications u sujet de l'usage en commun de l'eau à laver, au camp près de Copenhague.

En décembre de l'année dernière, je vis venir chez moi l'ouvrier cordonnier tto Driedr. Eilertsen, de Wordingborg, n° 225 de la 1re compagnie du 4e baaillon de ligne, en permission depuis le 31 octobre de la même année. Il avait té pendant trois mois à l'hôpital militaire pour les ophthalmiques. La conjonc- ve palpébrale présentait partout des granulations secondaires, mamelonnées, bondantes, et sécrétant des mucosités, sur un fond inflammatoire ; la cononctive scléroticale était rouge, il y avait un peu de photophobie, de l'enflure ux paupières, de la douleur au sinus frontal ; il avait eu récemment un coyza. Je diagnostiquai une affection catarrhale sur une conjonctive trachomaeuse. Il n'y a rien de bon à faire pour ces yeux-là, me dis-je, et j'ordonnai rovisoirement l'air de la chambre, et journellement quelques bains à l'eau tiède, t un onguent pour en enduire chaque soir les bords des paupières. Lorsque es accidents catarrhaux eurent presque entièrement disparu, je lui conseillai 'employer quatre fois par jour, à titre d'essai, outre mon onguent, une eau phthalmique composée de : sulphuret. kalc. et camph. de chaque 1 grain, au distillée une demi-once.

Les granulations charnues devinrent plus pâles et plus petites, et les bords es paupières ne se collèrent plus, effet que je ne prétends en rien attribuer l'eau ophthalmique. Ce patient m'a aussi parlé du déplorable usage de l'eau laver servant en commun, pendant que son bataillon se trouvait au camp. Il n'a dit que chaque compagnie avait, d'après le règlement, cinq seaux d'eau e sorte qu'environ douze hommes se lavaient la figure et les mains dans l'eau, 'un même seau ; mais il n'était pas rare que quelques hommes de la comagnie voisine, qui ne se souciaient pas d'aller chercher de l'eau dans une

tonne placée à peu de distance, se servissent aussi de cette même eau pour se laver; de sorte que parfois le même seau d'eau servait à environ vingt hommes. Chaque homme avait son essuie-mains, à la vérité, non numéroté mais pour lui seul; seulement d'ordinaire, tous ces essuie-mains étant pendus à la même place, il n'était pas possible d'en empêcher l'usage en commun, ce que je considère du reste comme parfaitement indifférent, tant qu'on se servira en commun de l'eau à laver.

Ce patient est tellement convaincu que la maladie est contagieuse, qu'il a conseillé à un de ses amis, qui doit entrer au service au printemps, d'emporter avec lui un coffre pour y enfermer sa gamelle à laver et son essuie-mains. Quelque peu pratique que puisse être ce conseil, il ne m'en semble pas moins caractéristique; car il fait voir que la crainte de la contagion règne déjà parmi les soldats, ce que je regarde comme très salutaire, et cette crainte s'étendra probablement à tous, si les autorités compétentes veulent appuyer fortement cette manière de voir, si juste et basée sur l'expérience. La famille de ce patient se compose, outre lui, de son père, âgé de 67 ans, et de sa mère qui en a 64; cette dernière a des vésicules dans le canthus externe des deux yeux; le père en a quelques-unes dans le canthus externe de l'œil droit. La mère, à ce qu'elle m'a dit elle-même, n'avait jamais rien eu aux yeux excepté un peu de refroidissement. Chez le père, qui est veilleur de nuit, j'ai aperçu les vésicules après avoir vu sa conjonctive oculaire dans un état sain.

J'ai mentionné les faits ci-dessus pour donner en même temps une nouvelle preuve que la maladie est réellement, bien que lentement, propagée par les soldats en permission parmi le peuple des campagnes. Et je ne puis m'empêcher de le dire ici : ma conviction profonde est que les seaux malpropres employés dans les casernes, ainsi que leur contenu, sont la cause essentielle, comme je l'ai dit dans ma note à M. le médecin en chef, du développement énorme qu'a pris cette maladie dans l'armée. On ne saurait nier qu'il y a quelque chose de surprenant à ce que, tandis qu'on blanchit les murs, qu'on lave et qu'on frotte les planchers, qu'on établit des camps en plein air pour le soldat, on ferme les yeux sur la raison la plus plausible qu'on puisse donner à la propagation de ce mal contagieux; il y a d'autant plus lieu de s'en étonner que, déjà précédemment, M. le médecin en chef de l'armée a appelé l'attention sur ce point. Je ferai volontiers miennes les paroles du sous-officier du 1er régiment d'artillerie : « ces seaux d'eau sont par trop dégoûtants! » Et si je pouvais oublier un instant la position modeste que j'occupe dans le monde médical (médecin militaire en retraite), je dirais de ces seaux ce que disait le professeur Bendz, à une autre occasion : « ma plume n'aura pas de repos » que les seaux d'eau malpropre des casernes de Copenhague et l'usage en commun de leur contenu ne soient proscrits pour toujours.

On a dit que l'ophthalmie en question était une maladie *sui generis*, une maladie sans analogue dans l'organisme humain.

Si je me permets, mais seulement comme hypothèse, de nommer une maladie qui me semble avoir beaucoup de rapport avec notre ophthalmie, je ne doute pas que l'élément médical de la savante Commission d'oculistique n'accueille mon parallèle avec l'indulgence et la bienveillance à laquelle peut prétendre une pareille hypothèse qui, autant que je sache, ne s'est pas encore produite.

Je veux parler de la *scabies*, et notamment de la *scabies vesicularis;* je ferai cependant observer que je ne suis pas tellement prévenu en faveur de mon parallèle, tellement aveuglé par l'amour-propre d'auteur, que je ne puisse voir les raisons (tout au moins quelques-unes) qu'on peut opposer à mes con-

jectures ou à ma comparaison : en tout cas, il me semble que cette manière de voir a autant de raisons en sa faveur que plusieurs des nombreuses opinions précédemment émises sur cette matière ; je vais donc essayer, selon mes forces, de présenter ci-dessous les traits de ressemblance que je prétends constater.

Scabies vesicularis.	**Trachôme** (1).
1. Apparaît avec de petites bulles (vesiculæ) isolées, de la grosseur d'un grain de millet, qui se remplissent d'une humeur limpide comme de l'eau, et plus tard grisâtre.	De même.
2. Les vésicules sont entourées de temps en temps d'un bord ou d'une queue rouge.	De même.
3. La vésicule est formée par l'épiderme.	La vésicule est formée par l'épithélium de l'œil.
4. Se propage à partir d'un seul point de la peau du corps.	Se propage à partir de vésicules séparées (ou isolées), ordinairement à partir du canthe externe du bas de la paupière.
5. Démange et se développe particulièrement dans la chaleur.	Au commencement du trachôme, il y a effectivement de la démangeaison; mais souvent les soldats ne veulent pas l'avouer. L'été est, comme on le sait, le temps le plus favorable pour cette maladie.
6. Se montre particulièrement parmi certaines corporations, et là où beaucoup de gens habitent ensemble, par exemple dans les prisons, les maisons d'éducation, les casernes, etc.	De même.
7. Agit comme irritant sur certaines parties du corps et ne présente que des accidents locaux.	De même.
8. La présence d'autres maladies lui fait perdre sa nature spécifique, elle ne peut plus alors se reproduire.	On dit la même chose de cette maladie, du typhus des camps, de la dysenterie, etc.
9. Il n'est pas tout à fait aussi facile d'en être infecté.	Je crois que c'est aussi le cas pour le trachôme. Les gens *comme il faut* ne prennent pas si facilement cette maladie d'yeux. Que le gentilhomme qui a caressé une fille de joie, après qu'elle a été souillée par quelque caporal trachomateux, soit infecté, cela ne détruit pas la règle, car cela peut également arriver pour la gale.
10. Sa contagion peut être transmise par les vêtements.	De même.

1) Je n'ai pas à m'occuper ici de la blennorrhée ni de la forme nommée *catarrhale*.

Scabies vesicularis.	**Trachôme.**
11. Elle a résisté jusqu'ici à tous les moyens d'extirpation.	De même.
12. Elle attaque particulièrement les individus jeunes.	De même.
13. Les remèdes mercuriels sont efficaces contre la gale.	De même. Le docteur Werneck a employé l'onguent mercuriel avec succès, non-seulement comme moyen prophylactique, mais encore contre la contagion avec sécrétion séreuse. (Voyez Eble, page 349).
14. Peut être longtemps à l'état latent.	De même.

Je sais très bien que ce parallèle n'est pas scientifique, qu'il peut être fait en partie avec le même succès pour d'autres exanthèmes, mais il avait pour lui quelque chose d'attrayant, et c'est pourquoi je l'ai écrit.

Si maintenant il est très certain que l'enveloppe cutanée de l'homme, depuis la plante des pieds jusqu'au sommet de la tête, est habitée, dans l'état de malpropreté, par différents animaux parasites, par exemple les poux (*pediculi*) dans les cheveux, les cils, les sourcils, la barbe, la partie velue de la poitrine, *regio pubis*, et la partie poileuse des tibias, sans parler de l'*acarus scabiei* ; s'il est également certain que de semblables parasites vivent et habitent sur la peau intérieure de l'homme (*tunica mucosa*) depuis ce qu'on appelle *odontobius* des dents jusqu'à l'anus ; s'il n'est enfin aucun organe de l'homme dans lequel on ne constate la présence de parasites, je ne vois pas pourquoi l'on n'admettrait pas à priori qu'un parasite, un petit *acarus*, un petit cousin germain de celui de la *scabies* peut vivre et habiter dans la conjonctive de l'œil de l'homme, particulièrement dans ses plis. On dira tout de suite : les granulations et les vésicules de la conjonctive de l'œil ont été si souvent et si exactement examinées à l'aide de la loupe et du microscope par des hommes savants et compétents dans ce genre d'observations, qu'une pareille opinion doit tomber d'elle-même. Je n'ai qu'à répondre à cela : que *l'acarus scabiei* a vécu pendant une longue suite d'années dans la peau humaine avant qu'on en fît mention, et qu'on en avait parlé plusieurs années avant qu'il ne fût constaté, il n'y a guère que vingt-cinq ans, par un étudiant italien, qui gagna ainsi le prix de 300 francs proposé à plusieurs reprises par le professeur Lugol.

Quoi qu'il en soit, notre ophthalmie semble avoir encore cela de commun avec la gale, que les mêmes mesures de précaution qui sont employées contre la contagion de celle-ci peuvent aussi l'être contre celle-là ; et si l'on pouvait dépouiller partout la conjonctive de son épithelium comme la peau de son épiderme, alors l'ophthalmie n'opposerait plus autant de résistance aux efforts des médecins.

Il est à peine permis d'espérer qu'elle puisse jamais être extirpée parmi les populations des campagnes, tandis que je nourris l'espérance que le zèle des médecins militaires en viendra à bout parmi les soldats, bien que ce soit principalement chez eux que cette maladie a régné jusqu'ici. En tout temps, la gale a été, proportion gardée, plus répandue chez les militaires que partout ailleurs.

Qu'il me soit permis, pour terminer, de dire encore quelques mots des mesures qui ont été recommandées en vue de détruire l'ophthalmie contagieuse. Celles qui ont été appliquées en Hanovre sur la recommandation du doc-

teur Spangenberg, membre du Conseil de santé, me semblent les plus convenables de toutes, toutefois en les simplifiant un peu. Par exemple : au lieu du chlore pour désinfecter les vêtements de laine, les matelas et les couvertures des lits, je conseillerais la chaleur du four, et l'eau chaude pour tout ce qui est toile (ces objets doivent être lavés, et naturellement aussi savonnés ou lessivés). Il faut dans les deux cas une température de 70 à 80 degrés Réaumur. Cette méthode est bien certainement plus simple, moins coûteuse et plus sûre. C'est un principe connu par la science et l'expérience que l'air et l'eau, à la température ci-dessus, anéantissent toute vie et par conséquent aussi toute contagion; pourquoi donc alors brûler des habits militaires qui peuvent encore servir? Il ne serait assurément pas assez coûteux pour qu'on dût y renoncer, de faire construire un four et d'y faire maçonner une grande chaudière uniquement destinée à la désinfection des effets.

Parmi toutes les mesures de précaution contre la contagion et la propagation de la maladie, il faut certainement placer au premier rang la répression sévère des abus suivants, savoir :

1° L'usage en commun de l'eau à laver,

2° L'usage en commun des essuie-mains,

3° L'usage en commun des lits,

4° Le prêt de mouchoirs de poche pour s'essuyer la sueur du visage.

Si la Commission des eaux de Copenhague en vient une fois à terminer ses discussions, et que la machine à haute pression amène l'eau dans toutes les casernes, ce sera déjà un grand pas de fait. Il s'ensuivrait tout naturellement qu'on ferait arriver dans chaque chambre un tuyau avec cinq ou six robinets, ce qui permettrait aux soldats de se laver immédiatement à cette eau-là le visage et les mains au-dessus d'un bassin commun; l'eau devrait être chassée du bassin par un autre tuyau à mesure qu'elle aurait servi.

En attendant, je conseillerais que, dans chaque caserne, on fît passer à travers toutes les chambres de soldats, un tuyau commun pour amener les eaux du réservoir. Le tuyau principal serait mis en communication avec un tuyau plus petit pour chaque chambre, et l'on adapterait à ce dernier deux ou trois robinets qui déboucheraient sur une rigole; celle-ci devrait être assez grande pour que cinq ou six hommes pussent, chacun dans son propre bassin, se laver au-dessus d'elle la figure et les mains. L'eau dont on se serait servi s'écoulerait de suite par un tuyau communiquant avec le fond de la rigole. L'essuie-mains numéroté de chaque homme devrait être pendu à part, à une place déterminée et numérotée également. Jusqu'à nouvel ordre, on devrait faire laver les hommes au commandement, et exercer sur cette opération une rigoureuse surveillance; car, tant que le soldat en général n'aura pas plus d'entente de la propreté qu'il n'en a eu jusqu'ici, il faut lui imposer ces mesures sévères.

Les médecins que tout cela concerne devraient être autorisés par le médecin en chef à expliquer au soldat que l'ophthalmie en question est contagieuse comme la gale, et de plus qu'elle est souvent fort difficile à guérir.

Tout soldat envoyé en permission, qui aurait eu la maladie au service, devrait avoir une feuille de route, sur laquelle il en serait fait mention; et l'on devrait ordonner à chaque *lagmanner*, ou bailli de campagne, auquel il doit s'annoncer à son arrivée dans son pays, d'avertir de cette circonstance la famille dans laquelle le soldat est reçu.

Pour ce qui est du peuple des campagnes, je pense que le Collége de santé devrait avoir soin de porter à la connaissance *de tous* ce qui suit :

1. Qu'une maladie contagieuse règne parmi les militaires, et qu'elle est transplantée dans la campagne, surtout par les soldats en permission; que cette maladie peut devenir parfois dangereuse pour la vue, et qu'elle est contagieuse à peu près comme la gale.

2. Que tout soldat dont la feuille de route aura reçu de sa direction respective l'indication ci-dessus mentionnée, ne pourra coucher avec personne dans le même lit, jusqu'à ce qu'on ait vu qu'au bout de trois mois la maladie ne s'est plus montrée chez lui, et que, jusque-là, il devra avoir son bassin et son essuie-mains à lui.

3. Lorsqu'après l'arrivée du soldat dans son pays, la maladie apparaît de nouveau chez lui, son maître doit être obligé d'en donner avis au pasteur de l'endroit, afin qu'il prenne les mesures nécessaires.

Le traitement des soldats en permission doit être payé par l'État.

Puisse tout ce que m'a dicté mon zèle et l'intérêt que je prends à la maladie en question n'avoir pas fatigué la savante Commission; s'il s'y trouve seulement un seul point qui puisse être utile, j'aurai atteint le but de mes efforts.

DE L'OPHTHALMIE MILITAIRE EN RUSSIE

PAR LE DOCTEUR JEAN DE KABATH,
Oculiste particulier de S. M. l'Empereur de Russie.

A la fin du siècle dernier, depuis l'expédition de Napoléon Ier en Egypte et jusqu'à nos jours, l'ophthalmie égyptienne a atteint les armées de presque tous les pays de l'Europe; elle a été scrupuleusement observée et décrite par beaucoup de savants, et dans les différentes contrées où elle a fait invasion.

En Russie, elle a été décrite en 1823 par les docteurs Heiroth, Schuller et les professeurs Salomon et Sawenkoff; en 1835, par les docteurs Helling et Dobrodéeff; en 1836, par le docteur Florio, et en 1838 par Tchetwzerkine.

Je crois parfaitement inutile de répéter ici ce qui est déjà connu de cette maladie dans le monde savant; je me bornerai à exposer l'historique de sa marche dans l'armée russe, et je décrirai la méthode de traitement qui a été employée en Russie par un certain nombre de médecins, et que j'ai adoptée moi-même dans les différentes armées où j'ai été successivement envoyé.

I. Historique.

L'ophthalmie égyptienne n'était point connue dans l'armée russe avant 1816. — A cette époque, plusieurs de nos divisions séjournaient en France et y étaient installées dans des quartiers qui, peu de temps auparavant, avaient été occupés par d'autres militaires étrangers atteints d'ophthalmie; cette maladie s'y développa à un très haut degré; de sorte que, en 1816 et 1817, il y eut dans le corps russe jusqu'à 5,000 malades atteints d'ophthalmie. — De retour en Russie, une partie de ces armées se rendit à Varsovie, une autre partie fut occupée sur les vaisseaux devant Cronstadt, et le reste alla en Crimée. En 1823, l'ophthalmie égyptienne éclata presque simultanément à Cronstadt, à

Varsovie et en Crimée. A Cronstadt, elle a été observée par les professeurs Salomon et Sawenkoff, qui lui ont donné le nom de *blepharo-opthalmo-blennorrhea.*

Il résulte de la description de ces deux savants que la maladie a commencé à se développer en 1819, mais ils ne purent ou plutôt ne voulurent pas se prononcer sur la question de savoir si elle y avait été importée ou non. Ils considérèrent comme causes principales de la propagation du mal les influences locales et atmosphériques, et les médecins qui, de leur côté, faisaient en même temps des observations à Varsovie et en Crimée, étaient sur ce point d'accord avec eux. Cependant le célèbre savant, docteur Heiroth, qui était alors directeur du département médical, prétendait expressément que l'ophthalmie qui avait fait des ravages dans l'armée russe depuis 1819 jusqu'à 1824, n'était autre que l'ophthalmie égyptienne, la même qui avait régné dans les armées alliées en 1813.

Laissons plutôt parler l'auteur lui-même :

« Dans le courant des années mémorables de 1812 jusqu'à 1816, dit le docteur « Heiroth, nous avons vu toute l'Europe en armes. Les armées de différentes « nations se rencontraient dans les mêmes quartiers; des blessés et des « malades appartenant à des armées alliées ou ennemies ont souvent été « accueillis dans les mêmes hôpitaux; en un mot, tous les peuples européens « se trouvaient en différentes relations entre eux. Par ces motifs, la maladie « des yeux se propageait à cette époque à un tel degré, que pas une seule des « armées qui prenaient part à cette guerre n'en était épargnée. Dans les « armées prussienne, autrichienne, hollandaise et suédoise, l'ophthalmie « égyptienne se déclara en 1813, chez les Russes en 1816, et fut apportée dans « leur patrie par les armées qui y retournaient. Dans les rapports des hôpi- « taux des corps suédois à Fréderichhall, en date du mois de juillet 1814, « il est dit que l'ophthalmie qui avait régné dans l'armée revenue d'Allemagne « était contagieuse; car, avant son arrivée, on n'avait point remarqué les « moindres traces de cette maladie. Dans l'hôpital de la garnison de Stock- « holm, à la mi-octobre 1814, se déclara une ophthalmie épidémique amenée « par l'armée maritime revenue de Norwège. »

Dans les derniers mois de l'année 1834, commença à arriver dans l'hôpital de l'armée de terre de Saint-Pétersbourg un nombre considérable de malades atteints d'une ophthalmie purulente aiguë, et en 1835 le nombre des arrivants et le degré de la maladie s'élevèrent à un tel point, qu'il dut être créé, par ordre de Sa Majesté l'Empereur, une Commission qui fut composée des membres suivants : MM. les généraux Kleinmichel, Chipoff et Tischine; MM. les docteurs Barronet, Willier, inspecteur médical en chef de l'armée; le vice-directeur du département médical J. Boutkoff; le médecin ordinaire de Sa Majesté, Arendt; l'oculiste de Sa Majesté, Lerche; les professeurs Salomon et Sawenkoff. Cette Commission formula des principes, en forme de manuel, qui furent répandus partout, accompagnés d'un ordre de M. le ministre de la guerre, en date du 19 novembre 1835, et sous le n° 110.— Dans cet ordre, la maladie était reconnue contagieuse et, dans la description annexée, était désignée sous le nom d'*ophthalmie purulente.* Plus loin, dans l'exposition de la maladie, il est dit qu'elle peut être épidémique ou endémique.

Des prescriptions thérapeutiques, en rapport avec le genre de la maladie et avec son caractère essentiellement contagieux, furent instituées.

Dans la période aiguë, le traitement était strictement antiphlogistique; dans la période chronique, il était surtout constitué par des remèdes astringents,

A la même époque, c'est-à-dire en 1834 et 1835, la maladie se déclara à

Varsovie, dans les armées de la garnison, et en 1836 dans le bataillon des cantonistes militaires à Ekaterinoslaw. En 1837 à Sébastopol, en Crimée, dans les 13me et 15me divisions du 5me corps d'infanterie. Dans cette dernière année, Sa Majesté feu l'Empereur Nicolas visita l'hôpital de Sébastopol, où je fus envoyé pour mettre un terme à la maladie.

L'Empereur me remercia en termes très flatteurs des succès du traitement et ajouta : « Selon moi, ce fléau est pire que la peste même, et sais-tu, conti-« nua-t-il, à qui nous devons ce désastre? A Michel Sémonovitsch, comte « Worontzoff, et il le désigna du doigt; c'est lui qui nous a apporté cette « maladie de France. Je laissai une partie de son armée à mon frère Constan-« tin, une autre fut envoyée en Crimée, et le reste à Cronstadt, et depuis cette « époque, le mal s'est répandu dans la plus grande partie de mes armées » — Puis il me demanda : « Que prétends-tu faire de ceux des malades chez « lesquels les granulations tardent à céder aux remèdes médicaux? les laisser « dans les hôpitaux, ce serait exposer la santé générale. — les expédier chacun « à leur régiment, ou les loger dans les villages est encore dangereux; ils « communiqueraient la maladie à d'autres. »

— « Sire, répondis-je, j'aurais l'intention d'en former des divisions parti-« culières, afin qu'ils pussent toujours se trouver sous la surveillance des mé-« decins jusqu'à complète guérison. »

« — J'y consens, dit l'Empereur, et te charge d'exécuter cette mesure. »

A cette occasion j'ai vu avec une vive émotion avec quelle sollicitude paternelle l'Empereur s'inquiétait des pauvres souffrants, et combien il fut heureux lorsqu'il apprit que la maladie diminuait d'intensité.

En 1838, l'ophthalmie égyptienne continuait encore de faire des victimes à Saint-Pétersbourg et à Varsovie, et en 1839 elle se déclara à Moscou ; le célèbre docteur Pelikan qui, à cette époque, remplissait les fonctions de médecin en chef de l'hôpital militaire, en fit l'objet d'un rapport qu'il adressa au département médical (1).

(1) Le médecin en chef de l'hôpital militaire à Moscou, dans son rapport au département médical du ministère de la guerre, en date du 21 février 1839, sous le nº 393, constate ce qui suit :

« Dans le courant du mois de fevrier, un nombre considérable de malades appartenant au « bataillon gymnastique du 6e corps d'infanterie, et, pour la plupart, faisant partie de la « 16e compagnie, est arrivé à l'hôpital confié à mes soins. Tous ces malades étaient attaqués « d'une inflammation purulente des yeux et, à leur arrivée, se trouvaient dans un état dange-« reux. Cependant, après les saignées générales et locales et l'application de remèdes indiqués « par le genre, le degré et la période de la maladie, une grande partie a éprouvé un soulage-« ment notable, et jusqu'à ce jour leur vue n'est pas en danger, bien que je sois convaincu que « les malades qui arrivent actuellement sont attaqués d'une inflammation beaucoup plus viru-« lente que les autres malades arrivés antérieurement, et j'attribue cette circonstance à la spé-« cialité de la maladie, qui chaque jour augmente graduellement. »

Signé : W. PELIKAN.

Le médecin en chef de l'hôpital militaire, à Moscou, dans son rapport au département médical du ministère de la guerre, en date du 16 mars 1839, sous le nº 554, constate ce qui suit :

« En date du mois de février, j'ai eu l'honneur d'adresser au département médical du minis-« tère de la guerre un rapport sous le nº 393, constatant que, dans le courant de ce mois, un « nombre considérable de malades appartenant au bataillon gymnastique du 6e corps d'infan-« terie et, pour la plupart, faisant partie de la 16e compagnie, étaient arrivés à l'hôpital confié à « mes soins. J'y fis également mention des mesures que je dus prendre; mais, au commence-« ment de ce mois, cette maladie a considérablement empiré, autant sous le rapport de la gra-« vité des accès, que sous celui du nombre des individus qui en étaient attaqués. Il m'arrive « maintenant des malades, la plupart provenant du régiment des chasseurs de Kasan, de ceux « de R. . . et d'infanterie de Moscou, et en outre plusieurs individus attachés aux corps des « ingénieurs. En tout, sans compter les malades guéris, le nombre s'élève à 208, dont presque « la moitié est atteinte d'une ophthalmie virulente accompagnée d'une phlogose de la conjonc-

Les années suivantes l'ophthalmie égyptienne se maintint avec plus où noins de gravité dans différentes parties de l'armée; mais les médecins, conaissant déjà plus amplement la maladie et les moyens de la traiter, en empêhèrent la propagation, et y mirent enfin un terme. A l'heure qu'il est, elle 'existe plus épidémiquement.

II. — Traitement.

Tous les auteurs qui ont écrit sur l'ophthalmie militaire en Russie coneillent, dans l'état aigu de cette maladie, l'emploi des antiphlogistiques, et, ans la période chronique, celui des astringents.

Depuis 1835, j'ai pris une part active au traitement des malades atteints e l'ophthalmie contagieuse, et j'ai suivi en tous points, dans le principe, les onseils de nos auteurs. Cependant, j'ai bientôt acquis la certitude que la méthode ntiphlogistique n'était pas suffisante dans ce genre d'inflammation des yeux; t, lorsqu'en 1836 je fus envoyé à Ekaterinoslaw, je changeai la méthode de raitement habituelle et commençai à employer, dans la période sur-aiguë de inflammation, la cautérisation de la conjonctive avec le nitrate d'argent, que remplaçais quelquefois par le sulfate de cuivre, de sorte que tout mon ppareil médical contre l'ophthalmie militaire se composait de deux crayons, un de nitrate d'argent, l'autre de sulfate de cuivre.

Le succès de cette méthode de traitement surpassa ce que j'en avais espéré; ur sept cents individus, pas un seul ne perdit la vue, et la maladie disparut omplétement du bataillon des cantonistes militaires.

A cette époque, le docteur Vanzetti, arrivé récemment de l'étranger, et qui ut bientôt après nommé professeur à l'Université de Kharkoff, y fut envoyé ar le comte Kleinmichel. — Il s'étonna des succès de mon traitement et,

tive et des paupières, qui recouvre toute la cornée, et d'un écoulement considérable de matière purulente. Chez quelques-uns, l'inflammation se répand par toutes les parties extérieures de l'œil. Cette gravité de la maladie ne peut être attribuée qu'à l'influence des vicissitudes atmosphériques, et à l'augmentation du froid au commencement de ce mois-ci et à la fin du mois passé; car la maladie empire simultanément dans plusieurs établissements, et elle se remontre même avec toute la rigueur des accès dans notre hôpital, parmi ceux qui avaient déjà été guéris d'ophthalmie.

« Les mesures que j'ai prises en cette circonstance consistent : 1° à placer les malades convenablement, afin de les diviser selon le genre d'inflammation; deux salles en sont occupées, indépendamment de celles qu'occupent les hommes complétement guéris; 2° relativement au traitement, j'estime indispensables les saignées réitérées, principalement l'application de ventouses ou de sangsues autour de l'œil. Ce dernier moyen produit surtout un prompt soulagement et demande souvent à être réitéré deux fois aux mêmes malades, et même plus dans un même jour; puis, l'application aux tempes du *collirii lini opiati*, quelquefois *cum aqua saturnina*, *Coll. lactucarii*, et, immédiatement après, l'injection d'une faible solution de *pierre infernale* (de 1 à 2 et 3 grains sur une once d'eau). Dans plusieurs cas, lorsque la sensibilité des yeux est vive, sans que l'inflammation de la conjonctive soit considérable, des fumigations éthérées de *vitriol*, *laudanum liquidum* et *collyrium oxyg. muriatis hydrargyri* sont généralement efficaces, et il en est de même lorsque l'inflammation des paupières est considérable, sans causer de douleurs; alors des compresses enduites de camphre appliquées sur les yeux; intérieurement, l'emploi de médicaments antiphlogistiques rafraîchissants, tels que *clysmata*, et quelquefois *calomel*, et dans plusieurs cas *tartarus emeticus*, à hautes doses, n'a pas été sans succès. Enfin, si l'état du malade le permet, après les saignées, application de sinapismes, raifort et mouches cantharides.

« Je crois de mon devoir d'ajouter encore qu'à cause de la haute gravité de l'inflamation, huit individus se trouvent en ce moment dans un état qui offre du doute relativement à leur vue, et l'un d'eux, après d'intolérables souffrances du cerveau même, se trouve dans un état fort dangereux. « *Signé* : W. PÉLIKAN. »

comme j'en ai été informé, ce qui est bien courtois de sa part, il en fit mentio flatteuse au Comte Kleinmichel.

En 1837, j'employai les mêmes moyens, et avec le même succès, à Séva topol, comme il est constaté dans le rapport ci-joint, adressé à M. le minist de la guerre, par le célèbre vainqueur de Kars, le général Mourawieff, q commandait alors le cinquième corps d'infanterie (1).

Il ne sera pas sans intérêt de mentionner ici que, lorsque la mên année, en 1837, à Sévastopol, j'eus le malheur d'être atteint moi-même d l'ophthalmie militaire à l'œil droit, par le fait de la contagion, avant de m décider à faire sur moi-même l'essai du traitement ci-dessus indiqué, et sou frant d'une forte inflammation, je commençai par m'appliquer une granc quantité de sangsues, puis des compresses adoucissantes; le quatrième jo de la maladie, je me fis une abondante saignée au bras, en un mot, j'employai l plus stricte méthode de traitement antiphlogistique. — Cependant, cela ne pr duisit aucun bien, et lorsque le docteur Andréïewsky, envoyé pour me trait par le prince Worontsoff, trouva qu'il commençait à s'opérer chez moi un ra mollissement de la cornée, et présumant que l'inflammation se propageait l'iris, me conseilla de prendre enfin du calomel, — alors seulement je m décidai à employer une solution de nitrate d'argent (quatre grains sur u once d'eau). La première application de pierre infernale faite, les douleu dans l'œil cessèrent subitement, et je dormis pour la première fois, après c cruelles souffrances, qui avaient duré sans interruption pendant quatre jou Je continuai d'employer la même solution deux fois par jour, et le cinquièm j'étais déjà en état de vaquer à mes affaires. Après cela, il ne me resta qu'u minime trouble de la vue, probablement par suite d'une exsudation; mais c trouble disparut tout à fait bientôt après.

Depuis cette époque, j'abandonnai définitivement la méthode antiphlogi tique, et, je l'avoue, ce n'est pas sans une certaine terreur que je me rappel le temps où nous répandions le sang, moi comme les autres, par un tra tement vicieux de l'ophthalmie militaire, dans sa période aiguë.

En 1838, je fus envoyé à Varsovie pour indiquer aux médecins de cet ville ma méthode de traitement, et en 1839, j'allai à Moscou pour mett un terme à l'inflammation épidémique, qui avait éclaté dans les armées q y séjournaient, et où j'eus en traitement jusqu'à deux mille malade A Varsovie comme à Moscou, ma médication fut couronnée d'un succ complet.

Maintenant, je vais tâcher d'exposer les conditions de cette méthode c traitement, de l'accomplissement ponctuel desquelles dépend le succès.

(1) *Copie du rapport au ministre de la guerre, Son Excellence M. le général-adjudant co Tchernicheff, de la part du commandant du* 5e *corps d'infanterie, le général-adjuda Mouravieff* Ier, *en date du* 27 *septembre* 1837. *n°* 5871.

Le médecin chirurgien de Kabath, envoyé par ordre de Sa Majesté l'Empereur, pour étab une nouvelle méthode de traitement des maladies d'yeux, qui dominaient dans les armées d 13e et 15e divisions d'infanterie, rassemblées à Sévastopol pour les travaux, s'est occupé dura un séjour de cinq mois à Sévastopol avec un zèle infatigable de l'accomplissement de sa tâc et, en outre, il a indiqué à beaucoup d'autres jeunes médecins les moyens d'un traitement ra cal des maladies des yeux avec une si rare sollicitude, que de 4,000 hommes guéris, il n'y e pas un seul qui ait entièrement perdu la vue, et trois seulement sont devenus borgnes.

Les soins si utiles du médecin-chirurgien de Kabath, attestés par tous les supérieurs et p entière confiance en son art de la part des soldats, et appréciés par moi personnelleme m'imposent le devoir d'en faire mention à la bienveillance de Votre Excellence, et de vous pri de vouloir bien solliciter pour lui une récompense, selon son mérite, de la part de Sa Maje l'Empereur.

Considérant l'ophthalmie militaire comme une maladie contagieuse, qui se ɔmmunique, ou médiatement par l'atmosphère des casernes et des hôpitaux, ı immédiatement, je pense que le traitement doit être d'abord *prophylactique*, ensuite *curatif*.

A. *Traitement prophylactique.*

1. Il faut examiner scrupuleusement une à une les personnes bien portantes ırmi lesquelles la maladie a fait invasion, et en éloigner non-seulement celles ıi sont malades, mais encore celles qui offrent du doute. Il est important de ɛmarquer que souvent leurs supérieurs dissimulent les bons soldats, et que ɛux-ci cherchent souvent eux-mêmes à éviter l'hôpital; c'est pourquoi la visite ɔit être faite d'après les états nominatifs, afin que personne ne puisse s'y sous-aire; car une stricte séparation de tous les malades et même des douteux est principale condition de l'anéantissement de la maladie.

2. Il est préférable d'éloigner pour quelque temps les personnes bien por-ntes des casernes où règne la maladie, et il est nécessaire d'aérer et de par-mer les casernes.

3. Les malades atteints d'une inflammation aiguë doivent être envoyés à ıôpital.

4. Les malades atteints de granulations doivent être séparés, sans être acés à l'hôpital.

5. Les convalescents, ceux des hôpitaux ainsi que ceux qui ont été atteints granulations, doivent être placés dans des corps de logis séparés, en été à campagne où il y a de l'ombrage et de l'eau vive, en hiver dans des casernes sainies et surtout non humides.

6. Les malades atteints de granulations ainsi que les convalescents doivent re visités tous les jours par les médecins, et ceux chez lesquels se montre-ient des inflammations purulentes doivent être immédiatement expédiés à ıôpital.

7. Dans l'hôpital, qui doit être séparé, il faut assortir les malades selon le gré de leur maladie, et plus cette dernière est grave, plus les malades doivent re logés spacieusement.

8. Il est bon d'avoir dans l'hôpital deux salles disponibles, afin que toutes deux semaines les malades plus gravement atteints puissent être trans-ırtés dans les chambres assainies.

9. Pour conserver la pureté de l'air, indépendamment d'une bonne ventila-ɔn, il ne faut pas trop obscurcir les salles des malades par l'abaissement des ɔres; j'ai observé que plus la salle est obscure, plus la photophobie est ıace, et plus les malades s'habituent difficilement ensuite à la lumière. ı 1837, à Sévastopol, une partie des malades fut placée dans des salles à ɔres verts, l'autre partie resta dans des salles sans stores; or, ceux qui res-ient dans les chambres plus éclairées se rétablirent beaucoup plus prompte-ent que ceux qui occupaient des salles assombries.

10. Quant au linge, il doit être l'objet d'une extrême propreté, et les essuie-ains doivent être changés trois fois par jour dans les hôpitaux, et une fois r jour pour les malades atteints de granulations comme pour les convales-nts.

11. Durant l'épidémie, quand le nombre des malades est considérable, pour aque division de malades, et selon le degré de la maladie, on doit désigner des rde-malades et des médecins particuliers, et celui qui est chargé de la sur-illance générale doit commencer ses visites par les convalescents, se rendre

ensuite chez les malades atteints de granulations et enfin chez ceux qui souffrent d'une inflammation aiguë.

12. Les médecins, en visitant les malades, doivent user de précaution pour ne pas transporter la maladie d'un malade à l'autre, et n'en pas être atteints eux-mêmes.

B. *Traitement curatif.*

Le meilleur moyen contre l'ophthalmie militaire est indubitablement le nitrate d'argent. Il est préférable à tous les autres, à cause de sa prompte efficacité; il anéantit immédiatement le processus blennorrhoïdal, tandis que les autres moyens demandent du temps; de sorte que l'affection organique des yeux empire considérablement, attendu que la maladie s'établit et pénètre dans les parties profondes, et peut enfin complétement détruire le globe de l'œil. J'ai lieu de croire que l'effet du nitrate d'argent n'est pas seulement caustique mais encore, sans aucun doute, dynamique.

Dans la période aiguë de l'ophthalmie militaire, j'emploie le nitrate d'argent soit en solution, soit en crayon.

Pour l'emploi de la solution j'observe les principes suivants :

1. Plus l'écoulement du pus est abondant, plus la solution doit être forte; par contre, plus l'écoulement est faible, plus la solution doit l'être. La solution forte se compose de cinq à dix grains de nitrate d'argent sur une once d'eau; il est inutile d'employer une solution plus forte, parce que ce serait un emploi dispendieux et superflu de nitrate d'argent. La solution faible se compose de un à quatre grains de nitrate d'argent sur une once d'eau.

2. Il faut débarrasser l'œil de la mucosité et du pus, coucher le malade horizontalement et lui instiller une quantité suffisante de gouttes; il vaut mieux en général en instiller un peu plus qu'un peu moins, afin que la solution puisse pénétrer dans tous les replis de la conjonctive.

3. Le renouvellement de l'instillation doit s'effectuer conformément au degré de l'écoulement des mucosités; plus ces dernières sont abondantes, plus l'instillation doit avoir lieu souvent, même jusqu'à six fois par jour; pour un faible degré, deux fois par jour suffisent.

4. On peut aussi introduire la solution à l'aide d'un pinceau de poils de martre, fin et effilé. Dans ce cas, il faut avoir sous la main beaucoup de pinceaux pour ne pas transporter la contagion, et avoir soin de les nettoyer chaque fois scrupuleusement dans de l'eau.

Quant à la cautérisation par le nitrate d'argent, je crois devoir recommander les préceptes suivants :

1. Après que les yeux ont été débarrassés du pus et des mucosités, il faut cautériser la conjonctive des deux paupières à la fois; il suffit pourtant quelquefois de cautériser seulement les deux paupières inférieures; mais alors il faut retourner les supérieures, afin de mettre leur conjonctive en contact avec celle des inférieures déjà cautérisée; on les remet ensuite dans leur position normale.

2. La cautérisation doit être opérée légèrement et avec le crayon de nitrate d'argent, qu'on promène sur toute l'étendue de la conjonctive palpébrale.

3. Si la cautérisation a été faite d'une main habile, il ne faut pas laver ensuite avec de l'huile d'olives ou d'amandes, pas même avec de l'eau salée, comme le conseillent plusieurs praticiens; tout cela diminue l'effet du nitrate d'argent, mais il faut seulement, après la cautérisation, tenir écartée, pendant quelques moments, la conjonctive palpébrale, avant de la mettre en contact avec la conjonctive oculaire.

4. La surface du crayon de nitrate d'argent doit être dépourvue de toute aspérité pour que la cautérisation soit égale.

5. Après la cautérisation, le malade doit rester très tranquille et garder la position assise; il doit s'essuyer légèrement les yeux avec un essuie-mains sec et propre.

6. Il ne faut permettre aux malades de se laver les yeux que quatre heures au moins après la cautérisation.

7. Il ne faut pas renouveler l'emploi du nitrate d'argent avant la chute de l'eschare, si ce n'est sur les parties de la conjonctive qui n'ont point été touchées d'abord.

Dans la plupart des cas, une seule cautérisation par jour suffit, mais lorsque l'épidémie est très violente, il faut quelquefois y revenir deux fois par jour.

8. L'instillation de la solution de nitrate d'argent, pas plus que la cautérisation, ne doivent se réitérer si tous les symptômes de recrudescence du processus blennorrhoïdal ont disparu (1).

9. L'affection de la cornée, quelle qu'en soit la forme, n'est jamais un motif de renoncer à l'emploi du nitrate d'argent.

Dans la période chronique de l'ophthalmie militaire, qui se manifeste par les granulations, j'emploie aussi le nitrate d'argent avec un admirable succès, en le remplaçant toutefois par le sulfate de cuivre, lorsqu'il existe une cachexie scorbutique. Ici je dois pourtant faire remarquer que les médecins inexpérimentés peuvent facilement abuser de ce remède. A Sévastopol, par exemple, j'avais expédié des convalescents, souffrant encore de granulations, dans la vallée de Baïdar, où il y a suffisamment d'ombre et d'eau vive. Ces individus furent confiés à la surveillance d'un jeune médecin, et lorsque, une semaine après, j'y arrivai moi-même pour les visiter, je fus fort étonné de trouver parmi eux un nombre considérable de malades atteints d'inflammation aiguë. Il a été prouvé, après information faite, que cet accident était la suite de fortes cautérisations trop souvent répétées. D'autres médecins citent souvent des cas pareils, et ce sont peut-être ces derniers qui ont conduit à la conclusion que le nitrate d'argent, dans la période chronique, est non-seulement de peu d'efficacité, mais même nuisible. La principale erreur des médecins, dans l'emploi du nitrate d'argent pendant la période chronique, consiste en ce qu'ils s'empressent d'anéantir par ce moyen les granulations, en cautérisant fortement et très souvent, tandis que les granulations, étant l'état maladif de la membrane muqueuse, disparaissent d'elles-mêmes, lorsque le traitement de l'état phlogistico-chronique de cette membrane est appliqué régulièrement.

Pour cette période de la maladie, j'indique :

1. De laver les yeux deux ou trois fois par jour avec de l'eau pure, et, pendant l'été, des bains froids, deux fois par jour.

2. Une nourriture saine et abondante.

3. Chaque jour des promenades à l'air, même des exercices corporels, tant qu'ils ne sauraient porter préjudice à l'état maladif des yeux.

Pour hâter la disparition de l'état chronique de l'ophthalmie contagieuse, qui peut durer des mois et même des années, j'emploie aussi dans ce cas, soit une légère solution de nitrate d'argent (un grain sur une once d'eau) que j'instille deux fois par jour, soit une toute légère cautérisation, répétée tous les cinq jours, traitement auquel les malades s'habituent facilement, au point

(1) Tous les collyres émollients sont sans bon résultat, et toutes les injections sont nuisibles. La cautérisation faite de main habile est préférable à l'application d'une solution de nitrate d'argent.

qu'ils vous demandent souvent eux-mêmes de répéter la cautérisation, lorsqu'ils sentent que la maladie commence à augmenter.

Tout ce que je viens d'exposer ci-dessus m'a conduit à la conclusion positive que l'inflammation des yeux, qui a régné épidémiquement, pendant de longues années, parmi les troupes de l'armée russe, est l'ophthalmie égyptienne contagieuse, et que le remède le plus efficace pour la traiter est le nitrate d'argent, employé d'après la méthode indiquée, créée par moi il y a vingt ans, et que j'emploie depuis ce moment.

Chiffres des malades atteints de l'inflammation des yeux dans les armées russes, pendant les épidémies ophthalmiques en Russie.

En 1816-1819, parmi les troupes revenant de Paris. .	5,000
» 1819-1823, à Varsovie.	5,160
» 1819-1823, à Cronstadt	373
» 1819-1823, en Crimée.	8,266
» 1835-1850, à Saint-Pétersbourg	23,020
» 1836-1840, à Varsovie.	15,586
» 1836, à Ekaterinoslav.	770
» 1837-1840, en Crimée.	16,462
» 1839, dans l'hôpital militaire à Moscou	2,174
Total.	76,811

Sur ce nombre :

878 ont perdu un œil.
654 ont perdu les deux yeux.

DE L'OPHTHALMIE DANS L'ARMÉE DE LA HESSE ÉLECTORALE

PAR LE DOCTEUR PLATNER, DE CASSEL.

Les faits sur lesquels sont basées les remarques qui vont suivre ont été recueillis dans les vingt-cinq dernières années, pendant lesquelles nous eûmes à traiter 20,000 cas d'inflammation des yeux.

Il paraît que l'ophthalmie militaire était rare il y a vingt-cinq ans ; il en fut encore de même pendant les premières années de cette période. Il arrivait alors qu'un régiment entier n'avait par an que six à huit ophthalmiques. Leur nombre s'élevait en moyenne à cinq pour cent dans l'infanterie, à trois pour cent dans la cavalerie.

On ne peut indiquer positivement les causes de l'extension ultérieure de l'affection qui nous occupe.

L'ophthalmie se montra pour la première fois beaucoup plus fréquente en 1837, augmenta graduellement jusqu'aux années 1848 et 1849, époque à laquelle, les troupes se trouvant presque toutes en campagne, elle atteignit son plus haut degré d'intensité. Elle commença alors à rétrograder, de manière qu'elle se trouve maintenant au degré auquel elle existait en 1834, avec cette différence que la cavalerie en souffre un peu plus qu'autrefois.

Le tableau suivant indique le progrès et le décroissement de l'ophthalmie dans les régiments d'infanterie et de cavalerie.

	POUR TOUTE L'INFANTERIE.	POUR TOUTE LA CAVALERIE.
1834. . . .	11 1/2 p. c.	2 1/3 p. c.
1835. . . .	13 1/2 —	4 —
1836. . . .	16 3/4 —	3 1/2 —
1837. . . .	18 —	3 1/2 —
1838. . . .	14 —	3 1/2 —
1839. . . .	12 —	2 2/3 —
1840. . . .	13 —	3 1/2 —
1841. . . .	15 1/2 —	6 1/3 —
1842. . . .	16 —	8 1/4 —
1843. . . .	30 —	10 —
1844. . . .	24 —	11 —
1845. . . .	20 —	12 —
1846. . . .	15 —	13 3/4 —
1847. . . .	25 —	13 1/2 —
1848. . . .	62 1/4 —	20 —
1849. . . .	55 1/2 —	40 2/3 —
1850. . . .	26 —	21 2/3 —
1851. . . .	27 1/3 —	14 2/3 —
1852. . . .	19 2/3 —	12 1/2 —
1853. . . .	12 —	16 —
1854. . . .	10 —	9 —
1855. . . .	10 —	8 —
1856. . . .	10 —	8 —

L'ophthalmie militaire n'a jamais régné avec la même intensité dans les différents corps de troupes; mais elle a sévi plus spécialement dans certains régiments, bien que tous fussent réunis dans la capitale.

L'affection s'est perpétuée en général, pendant une longue série d'années, dans les régiments où elle avait pénétré.

Comme le démontre le tableau qui précède, l'ophthalmie est plus rare dans la cavalerie que dans l'infanterie. On trouve, en comparant les chiffres cités, que le nombre des malades dans l'infanterie est à celui de la cavalerie comme 2 à 1, ou plus exactement comme 28 à 15.

L'ophthalmie militaire, dans la proportion où elle existe actuellement, a perdu presque entièrement son caractère primitif, et se développe ordinairement de la manière suivante :

A un œil, rarement aux deux yeux à la fois, la conjonctive palpébrale perd son aspect brillant, sa teinte claire, et devient mate et rougeâtre. La rougeur débute ordinairement dans le voisinage des plis de la conjonctive, quelquefois aux angles de l'œil, surtout à l'angle externe; elle s'étend rapidement à toute la conjonctive palpébrale inférieure, et en partie à la conjonctive de la paupière supérieure. Il est rare que l'inflammation attaque d'abord la paupière supérieure pour envahir enfin la paupière inférieure. Dans la plupart des cas, la conjonctive du bulbe reste saine, ou du moins ne devient rouge qu'après la conjonctive palpébrale; cependant elle peut être affectée en même temps que celle-ci. La rougeur présente une grande variété de tons, depuis le rouge

clair jusqu'au rouge foncé, rouge bleu et rouge brun. La rougeur de la conjonctive est uniforme; sur le bulbe elle décrit des stries ondulées, constituées par des vaisseaux qui se portent vers la cornée. L'hypérémie augmentant, la conjonctive devient rugueuse, et il se développe à sa surface de petites vésicules hémisphériques, plus ou moins nombreuses et de grosseur variable. Elles existent surtout près des replis de la conjonctive, tantôt isolées, d'autres fois disposées en chapelet, ou bien elles recouvrent toute la surface palpébrale interne. D'abord peu saillants et presque invisibles à l'œil nu, ces vésicules peuvent atteindre le volume d'un grain de millet. A l'origine elles sont molles, semi-transparentes, incolores; plus tard, elles deviennent plus dures, opaques et rouges, leur pourtour se vascularise; très souvent elles renferment à leur sommet un exsudat purulent. Pendant le développement des vésicules, les paupières se gonflent, surtout sur les bords, de sorte que le patient ne peut plus ouvrir les yeux comme auparavant. A la face intérieure des paupières, la conjonctive est gonflée, surtout aux plis conjonctivaux et à l'angle externe de l'œil. Lorsqu'on abaisse la paupière inférieure, le repli de la conjonctive recouvre en partie le globe comme une large bande charnue, l'angle externe est souvent entièrement rempli par des bourrelets rougeâtres. Les sécrétions de l'œil augmentent, il y a ordinairement du larmoiement; du muco-pus, plus ou moins visqueux, s'attache aux cils et s'y dessèche en croûtes jaunes brunâtres. Ouvre-t-on largement les paupières, on voit souvent au-devant de l'œil une espèce de voile formé de mucus filants. Le patient souffre peu, il accuse ordinairement une sensation de prurit, de pression ou de légère cuisson; il n'y a pas ou presque pas de photophobie. La santé générale reste ordinairement bonne, la digestion et la circulation ne sont pas altérées.

La durée de la maladie est extrêmement variable. Beaucoup de patients guérissent en huit jours; chez la plupart cependant, l'ophthalmie dure de trois à quatre semaines et même plus encore, en présentant des alternatives d'amélioration et de recrudescence.

En général, la cornée et les parties profondes restent saines. Sur cent malades, on ne rencontre ordinairement qu'un ou deux cas d'ulcères ou de pannus de la cornée. La conjonctive reste très souvent relâchée, rougeâtre, gardant des traces de granulations; la tendance à la récidive est très grande.

Depuis dix ans, le médicament le plus efficace contre cette affection est le nitrate d'argent; on l'emploie le plus souvent en substance, coulé en crayon, pur ou fondu avec du nitrate de potasse dans les cas légers. Il arrête le développement de l'inflammation et fait disparaître l'hypérémie avec une rapidité quelquefois étonnante.

Les résultats de notre mode de traitement ont été si heureux, que, sur mille ophthalmiques en moyenne, trois seulement ont éprouvé une diminution partielle des fonctions visuelles.

Nous avons employé avec avantage chez ces derniers les douches froides sur les yeux; mais ce mode de traitement est encore trop peu employé pour qu'on puisse le juger actuellement.

DE L'OPHTHALMIE MILITAIRE DANS L'ARMÉE BELGE

PAR LE DOCTEUR F. HAIRION, DE LOUVAIN.

Pour les médecins militaires belges, la diminution progressive, en nombre et en intensité, de l'ophthalmie de l'armée, est un fait incontestable et qui n'attend plus sa démonstration. C'est donc moins pour eux que pour répondre à l'intention formulée par le Comité d'organisation du Congrès ophthalmologique, dans sa circulaire du 13 juin 1857, que nous avons entrepris ce travail, destiné à l'établir. Pour le constituer, nous avions besoin de documents officiels, pour lesquels nous nous sommes adressés à M. l'Inspecteur-général du service de santé de l'armée. Ce haut fonctionnaire, approuvant de tous points notre intention, nous autorisa, avec une bienveillance et un empressement dont nous sommes heureux de lui témoigner ici notre reconnaissance, à demander à MM. les médecins de l'armée les documents dont nous pouvions avoir besoin, en même temps qu'il invitait ces derniers à nous faire parvenir incontinent les renseignements qui leur seraient à cet effet demandés par nous. Bien que les données recueillies à cette source ne soient pas aussi complètes que nous l'eussions désiré, nous espérons cependant, moyennant certains documents que nous possédons d'autre part, pouvoir donner une idée assez juste de la marche qu'a suivie l'ophthalmie dans notre armée pendant les seize dernières années, et en constater l'état actuel.

L'armée possède trois ordres d'établissements affectés au traitement des ophthalmiques ; ce sont :

1° Des salles régimentaires exclusivement destinées au traitement des hommes atteints de granulations palpébrales;

2° Les hôpitaux et infirmeries de garnison, où sont traitées les affections oculaires autres que les granulations palpébrales simples;

3° Un Institut ophthalmique central, sur lequel sont dirigés tous les ophthalmiques atteints d'affections oculaires rebelles, graves, de nature à donner lieu à la réforme ou à la pension. Cet établissement reçoit plusieurs catégories de malades :

a) Les uns lui sont envoyés des hôpitaux;

b) D'autres viennent de leurs foyers : ce sont des militaires renvoyés chez eux, à un titre quelconque, qui y contractent l'ophthalmie ou toute autre affection oculaire, lorsqu'il est reconnu que ces affections peuvent être la suite de l'ophthalmie dont ils ont souffert étant au service; ou bien ce sont des hommes, déjà pensionnés provisoirement pour cause d'ophthalmie, venant subir une visite à l'Institut, et qui y sont retenus lorsque leur état exige de nouveaux soins.

c) D'autres enfin sont des militaires, atteints d'affections oculaires d'un diagnostic difficile, douteux par les moyens d'investigation ordinaires, et exigeant pour leur constatation l'emploi d'instruments qu'une longue habitude seule peut apprendre à employer avec succès.

Pour arriver au but que nous voulions atteindre, c'est-à-dire pour faire connaître la marche de l'ophthalmie de notre armée, nous n'avons pas cru nécessaire d'en constater la situation d'année en année ; nous avons pensé qu'il

suffisait de l'examiner à des époques diverses, également distantes les unes des autres, tous les cinq ans par exemple. Nos investigations remontent à l'année qui a suivi la mise sur le pied de paix de notre armée, et portent sur les années 1840, 1845, 1850 et 1855.

Nous avons terminé notre travail par la constatation de l'état de l'ophthalmie de l'armée, au 1er septembre de cette année.

L'effectif moyen des sous-officiers et soldats pendant ces années a été :

En 1840 de	26,469
» 1845	29,764
» 1850	34,035
» 1855	29,764

1. *Salles régimentaires dites* des granulés.

Les documents que nous avons pu réunir sur la situation des salles de granulés sont incomplets; nous avons cherché à y suppléer en établissant la moyenne des granulés, prise isolément pour les corps d'infanterie, de cavalerie et d'artillerie, sur lesquels nous possédions des données suffisantes, et en appliquant cette moyenne aux corps pour lesquels nous manquions de renseignements. Il est évident que les chiffres que nous avons obtenus par ce calcul ne représentent pas le nombre réel des granulés; mais si l'on considère que l'ophthalmie granuleuse règne depuis de longues années, uniformément dans toutes les garnisons et dans tous les corps appartenant à chacune des catégories établies plus haut, ces chiffres acquièrent une certaine valeur, et peuvent être considérés comme s'éloignant très peu de la réalité.

Il résulte de ces données :

1° Que le chiffre des granulés dans les salles régimentaires se serait élevé :

En 1840 à	5,847
» 1845	4,644
» 1850	3,761
» 1855	880

Soit en chiffres ronds, en tenant compte de l'effectif de l'armée à ces différentes époques :

En 1840 . . .	1	granulé sur	5	hommes.
» 1845 . . .	1	»	6	»
» 1850 . . .	1	»	9	»
» 1855 . . .	1	»	33	»

2° Qu'au premier septembre dernier, il restait 149 granulés en traitement dans les salles régimentaires, chiffre peu élevé et bien fait sans doute pour rassurer sur l'avenir et faire espérer l'extinction plus ou moins prochaine de l'ophthalmie dans notre armée. Malheureusement, nous ne pouvons nous faire illusion à cet égard, et nous devons à la vérité de déclarer que ce chiffre ne représente pas le nombre réel des granulés existant dans les corps, mais seulement le chiffre de ceux qui sont en traitement dans les salles régimentaires. Dans certains corps, en effet, les hommes atteints de granulations simples, transparentes, sans inflammation de la conjonctive, sans sécrétion au

moins apparente, ne sont soumis à aucun traitement. Ces hommes restent dans les rangs de l'armée, font leur service et ne reçoivent aucun soin (1).

2. *Hôpitaux et infirmeries de garnison.*

Nous donnons plus loin, sous forme de tableaux, les documents que nous avons recueillis sur les ophthalmiques traités pendant les années 1840, 1845, 1850 et 1855, dans ces établissements. Ce qui frappe d'abord, quand on parcourt ce tableau, c'est que le nombre de malades atteints d'ophthalmie n'est nullement en rapport avec la diminution progressive des granulés à ces diverses époques.

En effet, en additionnant la somme des malades traités dans les hôpitaux de Gand, Anvers, Mons, Bruges, Malines, Tournai, Louvain, Termonde, Ostende, Ypres, Hasselt, Charleroi, établissements pour lesquels nous avons reçu des documents complets, nous obtenons les résultats suivants :

Pour 1840.	238 malades.
» 1845.	120 »
» 1850.	181 »
» 1855.	230 »

(1) Les médecins qui prennent sur eux de maintenir cet état de choses, contraire à l'opinion généralement reçue relativement aux propriétés contagieuses des granulations vésiculeuses à tous les degrés de leur développement, et à la nécessité de les traiter immédiatement, y sont amenés par des motifs qui méritent à tous égards d'être discutés, parce qu'ils s'étayent de l'opinion d'hommes qui font autorité dans toutes les questions relatives à l'ophthalmie des armées. Les uns croient et prétendent que les granulations ayant les caractères signalés plus haut, n'ont rien de fâcheux, qu'elles n'offrent aucun danger par elles-mêmes ; que le danger ne commence que quand l'inflammation s'est emparée de la conjonctive ; qu'il dépend tout entier de cette inflammation, ou plutôt des produits sécrétés auxquels elle donne lieu, et nullement des granulations elles-mêmes.

D'autres, ayant remarqué que les remèdes empiriques et violents, trop souvent mis en usage dans les salles régimentaires pour combattre les degrés plus avancés de ces granulations vésiculeuses, ont souvent pour résultat, lorsqu'ils sont appliqués aux granulations naissantes, de transformer rapidement ces dernières en un état aigu, toujours plus ou moins grave et long à guérir, croient ne pas devoir y toucher et se bornent à en surveiller la marche. D'autres enfin, pour justifier leur manière de faire, arguent, à tort ou à raison, de la possibilité de la disparition spontanée des granulations, à ce premier degré de développement. On voit, par ce qui précède, que la conduite des médecins qui abandonnent sans traitement les hommes atteints de granulations vésiculeuses sans sécrétion, repose sur des considérations qui méritent d'être examinées.

Nous sommes néanmoins bien loin de partager cette manière de faire, que nous considérons comme très dangereuse. Mais, malgré nos convictions bien arrêtées à cet endroit, nous n'entrerons pas ici dans la discussion de ce point de doctrine, parce qu'il nous manque encore certains éléments nécessaires pour résoudre les différentes questions qui s'y rattachent; celles, par exemple, de savoir :

1° Si les hommes qui présentent des granulations vésiculeuses, sans inflammation de la conjonctive palpébrale, sans sécrétion apparente, peuvent être, sans danger pour eux-mêmes, conservés dans les rangs de l'armée, ou s'il faut les soumettre à un traitement ;

2° Si cet état granuleux est un danger pour les hommes sains; en d'autres termes, si les granulations naissantes sont transmissibles ou non ;

3° Ce qu'elles deviennent lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes ;

4° Si elles sont susceptibles parfois de disparaître spontanément, et quelles sont, dans ce cas, les conditions les plus favorables pour qu'elles arrivent à ce résultat;

5° S'il n'est pas plus sage et plus avantageux, ainsi que nous le pensons, de soumettre les malades atteints de ce premier degré de l'ophthalmie granuleuse à un traitement convenable, et, dans l'affirmative, quelles sont les règles qui doivent présider à ce traitement, qui, en tout cas, me paraît devoir être le même que celui qui convient contre les degrés plus avancés de la maladie.

Réduisant ces chiffres à leur plus simple expression, en tenant compte en même temps de l'effectif de l'armée pendant ces mêmes années, nous trouvons que le nombre des ophthalmiques, traités dans les hôpitaux pendant ces quatre années, sont dans le rapport de 8, 4, 5, 7.

D'où peut venir cette différence remarquable entre le nombre des granulés traités dans les salles régimentaires, et que nous avons vu diminuer progressivement, et celui des ophthalmiques envoyés dans les hôpitaux, chiffre que nous voyons, en 1855, égaler presque celui de 1840? Les conditions au milieu desquelles se sont trouvés les granulés ayant été les mêmes, aucune influence atmosphérique, catarrhale ou autre, susceptible d'imprimer de l'acuité aux granulations, n'ayant existé, il n'y a, à notre sens, qu'une seule explication à donner à ce fait, et nous la trouvons dans les changements apportés dans ces dernières années au traitement de cette maladie.

En effet, le nitrate d'argent, presque exclusivement employé autrefois pour combattre l'état granuleux des conjonctives palpébrales, a été en grande partie remplacé par l'acétate de plomb, dont l'usage dans les salles régimentaires est à peu près général aujourd'hui.— L'action de l'acétate de plomb sur les conjonctives, destructive comme celle du nitrate d'argent, présente néanmoins des différences notables dans la manifestation de ses effets. Tandis que ceux du sel lunaire sont brusques, immédiats, atteignent rapidement leur apogée et sont de peu de durée, ceux que détermine l'acétate de plomb sont moins vifs, moins violents, moins immédiatement graves peut-être , mais, en revanche, plus durables et donnant lieu à des inflammations opiniâtres, qui obligent fréquemment le médecin à envoyer les hommes à l'hôpital. Si l'on trouve une autre explication au fait que nous signalons, nous l'accepterons avec empressement; mais jusque-là nous nous en tiendrons à celle que nous venons de donner.

Le nombre de malades atteints d'ophthalmie militaire restant en traitement dans les hôpitaux au 1er septembre est de 60.

3. *Institut ophthalmique de Louvain.*

Nous avons exposé plus haut les attributions de cet établissement, et les différentes catégories de malades qui y reçoivent des soins. Il ne sera question ici que des hommes qui y ont été envoyés des hôpitaux ou infirmeries de garnison, pendant les années 1840, 1845, 1850, 1855, pour des accidents occasionnés par l'ophthalmie militaire.

Le tableau suivant indique non-seulement le nombre de malades qui y ont été envoyés pendant ces années, mais encore la destination de chacun d'eux, à la sortie de l'établissement.

ANNÉES.	NOMBRE DES MALADES ENVOYÉS DES HÔPITAUX A L'INSTITUT POUR DES ALTÉRATIONS OCULAIRES PROVENANT DE L'OPHTHALMIE MILITAIRE.	GUÉRIS.	RÉFORMÉS.	PENSIONNÉS PROVISOIREMENT	PENSIONNÉS DÉFINITIVEMENT.	DÉCÉDÉS.
1840	148	5	73	39	31	»
1845	95	8	57	15	15	»
1850	82	9	41	18	11	3
1855	53	8	35	7	2	1

Les ophthalmiques proposés pour la pension, suivant qu'ils sont complétement aveugles, qu'ils peuvent à peine se conduire ou qui, jouissant encore d'un certain degré de vision, se trouvent néanmoins dans l'impossibilité de pourvoir à leur existence par le travail, reçoivent des pensions plus ou moins élevées, dans les rapports, pour le soldat, de 375, 350 et 250 francs. Si le chiffre des pensions accordées a diminué d'une manière extrêmement remarquable, ainsi que le tableau ci-dessus le démontre, nous trouvons en outre, d'autre part, que les pensions fortes sont devenues de plus en plus rares, ce qui implique une diminution dans la gravité des accidents. Ainsi en 1840, il a été accordé sept pensions de la première catégorie, dix de la deuxième; en 1845, une de la première, et onze de la deuxième; en 1850, trois de la première, et sept de la deuxième. Enfin, en 1855, il n'a été accordé que des pensions faibles.

Au 1er septembre, il restait à l'Institut 28 malades envoyés des hôpitaux pour des accidents provenant de l'ophthalmie de l'armée.

Il résulte des données précédentes :

1° Que le nombre de malades atteints par l'ophthalmie dans l'armée a progressivement diminué depuis 16 ans :

2° Que la maladie a perdu de son intensité;

3° Que les altérations oculaires qui en proviennent sont moins fréquentes, moins graves et que le chiffre des réformes et des pensions accordées de ce chef a subi une réduction importante.

Que si nous cherchons les causes de ce résultat, nous les trouvons :

a) Dans le soin apporté à l'assainissement des casernes, objet des préoccupations incessantes de l'administration supérieure, puissamment secondée dans ses efforts par le corps entier des officiers de santé.

b) Dans l'existence pour le soldat de conditions hygiéniques meilleures, provenant de l'assainissement des casernes d'une part et de la diminution de l'encombrement de l'autre, par suite de la mise sur le pied de paix de l'armée.

c) Dans l'absence de certaines constitutions atmosphériques et catarrhales ou autres, dont l'effet est de faciliter la propagation de l'ophthalmie et d'y imprimer plus d'intensité.

d) Dans les soins mieux entendus, plus rationnels donnés aux malades; dans l'usage de plus en plus restreint d'agents actifs, violents, destructeurs, dans le traitement de l'ophthalmie à l'état aigu.

D'après les résultats si heureux que nous venons de constater, de la thérapeutique et des mesures hygiéniques appliquées au traitement de l'ophthalmie de l'armée, peut-on espérer l'extirpation de ce fléau dans un avenir plus ou moins prochain? Telle n'est pas l'opinion de la généralité des médecins; ce n'est pas non plus la nôtre; non pas toutefois que nous ne croyions, quant à nous, à la possibilité d'y arriver un jour, mais nous répétons ici ce que nous avons dit ailleurs : une telle issue n'est possible qu'à la condition d'une application franche, loyale, sans réserve de la prophylaxie des affections contagieuses par infection à l'ophthalmie de l'armée. Toutes les fois qu'on a eu recours à cette prophylaxie dans des établissements particuliers ravagés par l'ophthalmie contagieuse, on est arrivé à extirper la maladie complétement et sans retour. Serait-il donc plus difficile d'atteindre ce but pour une caserne que pour un pensionnat, une maison d'orphelines, un pénitentiaire, etc.? Personne n'oserait soutenir un semblable paradoxe.

DE L'OPHTHALMIE CONTAGIEUSE CHEZ LE SOLDAT

PAR LE DOCTEUR MULLER,

Docteur en médecine et en chirurgie; médecin-major du régiment de dragons de la garde de S. M. le roi de Prusse, chevalier de la Croix de Fer de 2e classe et de l'Aigle-Rouge de 3e classe, membre de plusieurs sociétés savantes, etc., etc.

La blépharo-conjonctivite contagieuse des armées, qui est aujourd'hui soumise à notre examen, a été depuis longtemps l'objet de mes études, et j'ai eu l'occasion de la traiter dans les circonstances les plus diverses. C'est ainsi que je l'ai observée pendant les guerres de 1813 à 1815, sévissant sur des armées en marche, au bivouac ou dans les hôpitaux; mais là où je l'ai pu suivre dans toutes ses phases et l'étudier sur une vaste échelle, c'est dans la garnison prussienne de Mayence où, quelques années plus tard, elle est venue faire son apparition parmi les troupes qui l'occupaient.

Je pus, dans cette circonstance, et à la faveur de la position de médecin-major que j'occupais alors, suivre les progrès de cette intéressante affection, et en faire une étude pratique sur un terrain qui jusque-là ne m'était pas encore familier. Cette expérience, acquise dans les conditions les plus favorables, et que j'ai pu enrichir encore, je me permettrai de l'invoquer ici comme un titre modeste à votre bienveillante attention; c'est elle aussi qui soutiendra en quelque sorte ma voix dans les discussions qui vont s'engager à son sujet.

Je me permettrai de rappeler au Congrès que j'ai fait paraître sur cette matière deux opuscules qui renferment la relation de ce que j'ai observé à cette époque, et, bien que la publication en remonte déjà à quelques trente ans, je trouverai à y puiser ce que j'ai à dire d'essentiel dans la question soumise à vos délibérations. L'un d'eux a été publié en 1821, sous ce titre : *Expériences sur l'inflammation des yeux, contagieuse ou égyptienne*; l'autre sous celui-ci : *Résultats nouveaux sur l'apparition, la forme et le traitement d'une maladie contagieuse des paupières dans la province du Bas-Rhin, enrichis de faits et ornés de deux planches coloriées.*

Ce que j'ai dit et recommandé dans ces ouvrages, j'ai la satisfaction de le trouver introduit et imité, avec de très légères modifications, dans tous les pays où l'on a retiré de bons résultats des soins hygiéniques et médicaux. Et comme mon expérience ultérieure n'a fait que confirmer la justesse des vues que j'exprimais alors, j'espère qu'on m'excusera d'en invoquer encore aujourd'hui la validité, comme je l'invoquais il y a plus de trente ans.

Il est cependant un point sur lequel j'ai à confesser une erreur, et il n'est pas des moins importants. J'avais considéré jadis la maladie comme consistant en une altération morbide des glandules muqueuses qui, à l'état physiologique, résident dans la muqueuse qui recouvre le cartilage tarse à la paupière supérieure et à l'inférieure. Les nouvelles recherches anatomo-pathologiques, dont je m'empresse ici de reconnaître la valeur, ont établi depuis et démontré à la lumière du microscope, qu'il existe dans cette partie de la conjonctive une foule de particularités insaisissables à l'œil nu, ou même à la loupe. Je dois donc reconnaître aujourd'hui, et je le fais volontiers, que ce n'est pas à l'endroit du cartilage tarse *tout entier* que se trouve la couche des glandules conjonctivales, mais bien au fond du cul-de-sac formé par la conjonctive, au

moment où elle quitte la paupière pour se replier sur le globe de l'œil. Au lieu de ces glandules, la muqueuse qui garnit les cartilages tarses renferme dans son épithélium une grande quantité de papilles érectiles (*textus papillaris*), riches en nerfs et en vaisseaux capillaires sanguins, et par là susceptibles de réactions vives, d'une érectilité prononcée, et de modifications importantes dans leur texture et dans leur aspect. Si l'on ajoute à cela que la conjonctive est le siége d'une sécrétion spéciale, qu'elle est susceptible de perspiration et d'inhalation, on comprendra facilement qu'elle soit le foyer de prédilection de divers procès morbides, comme cela est en réalité.

J'avais besoin d'entrer dans ces explications pour justifier la modification que je dois apporter à mon ancienne définition. Ainsi, au lieu de dire : « L'ophthalmie nommée contagieuse ou égyptienne est une maladie des glandules muqueuses des paupières, » je dis : « une maladie de la membrane papillaire muqueuse. »

Malgré le vif intérêt avec lequel j'ai suivi les travaux d'anatomie pathologique en général, et en particulier ceux se rapportant à l'étude de la conjonctive palpébrale, je n'ai dû modifier, en aucun point, mes anciennes opinions relativement à la pathologie et à la thérapeutique des affections de cette membrane; j'envisage donc aujourd'hui, de la même façon qu'autrefois, les procès morbides dont elle peut devenir le siége, les produits qui en dérivent et la méthode de traitement qu'il convient d'y opposer, bien que, si l'on s'en rapporte aux considérations qui précèdent, on puisse être disposé à penser que la thérapeutique doit avoir une autre mission à remplir. Il n'en est rien, et c'est ici le cas de faire remarquer que la médecine du présent et de l'avenir, quelque actives et louables que soient les recherches faites dans le but de l'asseoir sur des bases objectives et rationnelles, ne peut avancer qu'en s'appuyant sur l'expérimentation, et qu'il n'est pas permis de rejeter légèrement les connaissances que l'on a acquises antérieurement sur le terrain rationnel, empirique, expérimental, même avec des connaissances moins complètes en physiologie. Aussi, malgré l'incontestable utilité des sciences préliminaires à la médecine et leurs incessants progrès, le médecin doit-il conserver dans la pratique les traditions de l'expérience jusqu'à ce que l'avenir lui en ait apporté de meilleures; et nous croyons que les recherches anatomiques et microscopiques modernes n'amèneront un semblable résultat que lorsque les mystères de l'organisme, dans ses fonctions normales et pathologiques, nous seront mieux connus.

Ces préliminaires évacués, je me permettrai de proposer de courtes réponses aux questions posées au programme pour la première section. Je le ferai en peu de mots, et d'une façon aphoristique, parce que je fonderai mes conclusions sur mon expérience, et que j'ai d'ailleurs donné la preuve de mes assertions dans mes ouvrages déjà publiés.

Première question. — *La transmissibilité de l'ophthalmie purulente dite* militaire *étant démontrée, peut-on déterminer exactement la voie par laquelle s'opère la transmission?*

La transmission de la maladie d'une personne à une autre a été constatée non-seulement par moi, mais par une foule d'autres observateurs, et constitue depuis longtemps un fait dûment établi et qui n'attend plus de démonstration.

La cause de la transmission réside dans l'émanation d'une matière volatile, contagieuse, combinée avec une constitution endémique; il en résulte que c'est la vie en commun d'un malade avec d'autres personnes saines qui occasionne principalement la transmission de la maladie; durant la nuit, ce sont

les chambres à coucher, et pendant la journée, l'habitation dans des espaces plus ou moins resserrés et non suffisamment aérés qui y concourent le plus puissamment. Il est moins bien établi que les vêtements, le linge, ou d'autres effets, portés par les malades, de même que les locaux qui ont été occupés par eux, puissent encore, après avoir été nettoyés soigneusement et suffisamment aérés, engendrer la maladie; mais on peut admettre que, dans des conditions défavorables de salubrité, soit par l'emplacement, soit par la disposition des locaux et de leurs environs, la présence d'une personne infectée peut être le point de départ de l'infection, ou au moins de l'aggravation de la maladie.

Deuxième question. — *Quel est le rôle que les faits permettent d'assigner aux granulations, et quelle est la nature de ces dernières?*

Les granulations physiologiques, comme je les ai nommées dans un de mes ouvrages, et comme j'ai cherché à les rendre d'après nature, au moyen d'une planche lithographiée, se sont souvent présentées à ma vue sous les nuances les plus diverses et assez souvent chez des personnes tout à fait bien portantes, et comme de simples et innocentes papilles et glandules muqueuses hypertrophiées. Elles doivent être soigneusement différenciées des granulations pathologiques. Celles-ci sont le résultat d'une maladie organique des glandules muqueuses et du corps papillaire, qui, privés d'une partie plus ou moins considérable de leur épithélium, s'élèvent sous forme de petits grains, de la conjonctive plus ou moins bouffie, et devenue également malade, lesquels par les progrès du mal arrivent peu à peu ou avec une remarquable rapidité à former des espèces de petites tumeurs beaucoup plus développées. Cela se passe en vertu d'un procès blennorrhoïque plus ou moins marqué ou ostensible, qui attaque les paupières supérieures et inférieures, et presque toujours simultanément le côté droit et le gauche. Elles menacent sous divers rapports la vue du malade par le danger constant de l'extension de la maladie au globe de l'œil. D'un autre coté, cette affection a la propriété de donner naissance à une matière diffusible spécifique, on pourrait dire gaziforme, dont la transplantation sur d'autres individus y détermine le même mal; les éminences peuvent demeurer un temps plus ou moins long et quelquefois indéfiniment à l'état latent, de façon à ne point trahir leur existence. Là où elles se montrent, quelque petites qu'elles soient en apparence, le médecin doit y porter toute son attention, surtout chez les militaires, où dans diverses conditions souvent bien défavorables, elles peuvent, non-seulement par le foyer d'infection dont elles sont le point de départ, mais encore par le transport direct de la matière sécrétée sur d'autres personnes, donner lieu aux accidents les plus formidables. Les granulations ainsi décrites jouent donc un grand rôle puisque, non-seulement par leur contiguité au globe de l'œil elles sont en état de faire perdre la vue de plusieurs manières aux individus qui en sont attaqués, mais encore parce qu'elles sont susceptibles de développer un miasme diffusible, capable de transmettre la même affection à une foule d'autres.

Leur caractère essentiel est donc de constituer un foyer morbide fixe qui reste quelquefois fort longtemps sans déterminer l'inflammation, mais qui, cependant, se dépouille rarement de sa tendance à donner lieu à des inflammations périodiques, et au développement du procès blennorrhoïdal, qui met incessamment en danger la vue du malade.

Dans le premier cas, où elles persistent à être en apparence innocentes, la présence des granulations et leur persistance ne laissent pas d'être suspectes, et doivent être l'objet d'une attention continue, bien que la tolérance même que l'organisme semble avoir acquise puisse faire supposer qu'elles ont perdu l'aptitude à se ranimer et à redevenir nuisibles.

En présence de cette manière d'être si diverse des granulations, il faudra toujours une certaine expérience pour éviter les erreurs de diagnostic et de pronostic auxquelles elle pourra entraîner, et pour se garder d'inutiles appréhensions que le médecin novice saura difficilement éviter.

A ces difficultés vient souvent se joindre l'aspect très variable de la conjonctive palpébrale normale, laquelle, sous l'influence d'un état congestif ou hypérémique passager, présente souvent, vers l'angle externe des paupières, de petites éminences inoffensives, qui sont bien faites pour donner le change et faire croire à la présence de granulations.

Et, en effet, il ne manque pas d'exemples de cas où de semblables états assez prononcés ont pu, malgré leur réelle bénignité, alarmer des garnisons entières, alors qu'il ne s'agissait que d'une simple turgescence papillaire occasionnée et entretenue par des marches fatigantes, des exercices immodérés par un temps défavorable, et surtout sous l'influence de la chaleur et de la poussière.

Un semblable état disparaîtra toujours facilement si l'on fait disparaître les causes qui l'ont amené; mais *la prolongation de cet état anormal protégé par certaines influences atmosphériques* peut conduire au développement de granulations contagieuses, avec toutes leurs conséquences graves et désastreuses, et surtout sous l'action de conditions catarrhales accidentelles. C'est cette considération qui me fait douter, encore aujourd'hui, de la possibilité d'éteindre à jamais la maladie dans nos armées.

Ces dernières granulations se distinguent de celles que nous avons mentionnées plus haut par leur aspect plus rude, la perte de l'épithélium et l'existence d'une sécrétion anormale. Veut-on y donner le nom de *trachôme?* je ne m'y oppose pas, pourvu qu'on y ajoute l'épithète *contagieux.* Cependant si l'on veut, dans des cas douteux, s'assurer que l'on a affaire à de véritables granulations et non à une paupière qui n'a que l'apparence granuleuse, il ne suffira pas d'examiner la paupière inférieure; il faudra, au contraire, ne jamais manquer de retourner la paupière supérieure, manœuvre pour laquelle j'ai indiqué un procédé convenable dans mes ouvrages, et, s'il ne s'y trouve rien de suspect, on pourra affirmer que le trachôme n'est pas de nature contagieuse. Il est à peine besoin d'ajouter que les idiosyncrasies particulières et l'état général ou dyscrasique des individus doivent aussi entrer sérieusement en ligne de compte quand il s'agit de fixer le diagnostic.

Troisième question. — *Est-il une formule de traitement dont l'expérience a sanctionné la supériorité dans le traitement de l'ophthalmie militaire?*

Il y a longtemps que j'ai établi et démontré par des faits incontestables que la maladie, dans son état de simplicité, est essentiellement locale et se fixe exclusivement à la conjonctive des paupières supérieures et inférieures, où elle s'enracine plus ou moins opiniâtrement. J'ai posé comme un principe, que je soutiens encore, que la maladie ne se propage que secondairement au globe de l'œil, par l'extension de l'inflammation et l'irritation déterminée par le produit de la sécrétion morbide des paupières. Ce qui le prouve, c'est qu'en observant attentivement le mal dans son début, sa marche et sa terminaison, c'est toujours dans la conjonctive palpébrale qu'on découvre les premiers indices et les derniers vestiges de la maladie; ce n'est que plus tard que la conjonctive oculaire s'entreprend et subit des séries d'irritations très variables par la forme, la gravité et la tendance à l'amélioration. Mais, aussi longtemps que les dernières traces de la maladie des paupières ne sont pas éteintes, ces irritations ne peuvent être considérées comme bénignes, tandis que, au contraire, elles se guérissent et disparaissent d'ordinaire avec la plus grande facilité quand les altérations palpébrales organiques ont disparu; ce n'est qu'alors

aussi que les opérations, nécessitées parfois par l'état du globe, peuvent être pratiquées sans danger et avec l'espoir fondé qu'elles seront suivies de bons résultats.

J'ai dit encore que, tout en tenant compte des complications diverses que peut présenter la maladie, c'est toujours sur les moyens topiques que reposera le traitement réellement efficace. C'est sur le traitement local qu'il faut compter, non-seulement pour préserver le globe de tout désordre, mais encore pour en faire disparaître les altérations diverses, exsudats, ulcérations, névralgies, dont il a pu devenir le siége. Mais pour pouvoir le diriger convenablement, il importe de bien apprécier d'abord l'étendue de l'altération, et pour cela de renverser complétement les paupières supérieures et inférieures. J'ai déjà exposé dès longtemps tous ces principes, et je me crois en droit de les répéter ici, parce que ma longue expérience au lit du malade les a pleinement justifiés; maintenant, comme les moyens locaux, reconnus efficaces, sont très peu nombreux, c'est de la façon de les appliquer, de les choisir, de les modérer selon les stades et les degrés de la maladie, façon qui ne s'acquiert bien que par de longs essais, que dépendront les succès qu'on est en droit d'en attendre.

Si je considère les résultats les plus favorables de ma pratique dans leur ensemble, et que je les rapproche de la question posée au programme, je crois pouvoir répondre comme suit :

La maladie locale de la conjonctive palpébrale (*affectio conjunctivæ palpebrarum granulosa contagiosa*, comme je l'ai nommée) et les symptômes inflammatoires qui se produisent secondairement sur l'œil, exigent, quand ils sont associés, une attention spéciale à cause de l'action mutuelle que ces deux états exercent l'un sur l'autre; car, bien qu'en réalité les seconds ne soient que la conséquence de la première, ils apparaissent quelquefois simultanément. Or comme en définitive c'est toujours à la cause qu'une médecine rationelle, pour aboutir au succès, doit s'adresser, il faudra aussi, dans le cas présent, rechercher l'origine du mal pour le combattre dans sa source, à savoir la conjonctive granuleuse: cette manière de faire permettra non-seulement de combattre l'état palpébral granuleux, mais empêchera presque toujours l'évolution de symptômes inflammatoires sur le globe de l'œil; que si ces derniers ont déjà fait explosion sous la forme d'une ophthalmie consécutive ou blennorroïdale, c'est encore par les mêmes moyens qu'on les fera rétrocéder et qu'on éloignera de l'œil le danger le plus imminent.

Il arrive cependant quelquefois que cette inflammation secondaire ou blennorrhoïdale du globe a pris tout d'abord une si violente intensité, qu'elle menace la vue, soit par la production rapide d'exsudats dangereux, soit par la perforation de la cornée. Dans ces cas, et selon les caractères que revêt l'ophthalmie, il peut y avoir indication à instituer immédiatement un traitement antiphlogistique général et local, par des saignées, des sangsues, des purgatifs, des applications froides sur les yeux et le front, des frictions d'onguent mercuriel opiacé, etc. Mais ces moyens, sur lesquels on serait parfois tenté de se reposer, uniquement parce qu'ils sont destinés à combattre les symptômes les plus douloureux et les plus alarmants, à adoucir les souffrances du malade, ces moyens ne doivent pas distraire le médecin de la principale indication qu'il ne doit jamais perdre de vue, à savoir de porter d'autres agents au foyer primitif qui est le point de départ de tous les accidents, et de le traiter d'une façon continue et énergique. Or, nous possédons pour cela des médicaments excellents dont les plus efficaces sont :

1° *Le nitrate d'argent.* — Il s'administre sous forme de solution d'intensité différente, de six, huit à dix grains par once d'eau distillée, que l'on introduit

autant que possible goutte à goutte entre les paupières, plusieurs fois par jour et au début même de l'état ophthalmo-blennorrhoïque le plus grave ; il vaut mieux, quand le gonflement et la tension des paupières n'y font pas obstacle, l'appliquer, même plus concentrée encore, sur leur face interne enflammée, au moyen d'un petit pinceau. Dans les cas où l'un et l'autre de ces modes d'introduction sont impossibles, il faut les remplacer par l'application, sur les paupières, de compresses trempées dans la même solution. Nous réservons les attouchements avec le crayon de nitrate d'argent solide pour les périodes plus avancées de la maladie, devenue chronique.

2° *Le sulfate de cuivre*, ou *vitriol bleu en substance.* — Son usage est surtout indiqué, immédiatement après que la période inflammatoire aiguë est passée, et toutes les fois que le dégonflement des paupières permet, non-seulement de renverser les paupières pour en apercevoir la surface interne, mais de pouvoir agir directement sur celle-ci. Il agit alors comme styptique et résolutif, et a une action très salutaire et souvent même préférable à celle du nitrate d'argent, avec lequel il convient de l'alterner dans les cas où la maladie affecte une marche lente. Son application consiste à en toucher plus ou moins fort les granulations et la base bouffie sur laquelle elles reposent, attouchement que l'on répète à des intervalles de deux, trois ou quatre jours.

3° *Les précipités blanc et rouge de mercure* s'emploient sous forme de pommade, à la dose, le premier, d'un gros, le second, d'un scrupule par once d'axonge ou de beurre frais non salé. Ces pommades, celle au précipité blanc surtout, étendues à l'aide d'un petit pinceau, sur toute l'étendue des surfaces malades, sont très efficaces à tous les degrés et dans toutes les périodes de la maladie.

4° *L'acétate de plomb*, ou *extrait de saturne* à l'état concentré, est également avantageux dans les périodes tardives de la maladie. On l'applique tous les trois ou quatre jours avec un pinceau, après avoir eu le soin d'essuyer doucement les parties.

C'est en combinant ces quatres agents, que j'ai choisis parmi beaucoup d'autres signalés dans mes ouvrages, que je suis arrivé aux résultats les plus complets. Je crois donc pouvoir les recommander comme pouvant faire la base d'une formule de traitement dont « l'expérience a sanctionné la supériorité dans le traitement de l'ophthalmie militaire granuleuse. » Je crois inutile d'ajouter que d'autres remèdes peuvent avoir également leur valeur, pour peu qu'ils aient pour but et pour effet de faire résoudre ou résorber les granulations ou les produits de la maladie ; que, d'un autre côté, la constitution des malades et les complications qui peuvent se présenter doivent être prises en considération, surtout au point de vue du pronostic.

Quatrième question. — *Quelles sont les meilleures mesures à prendre pour en prévenir l'apparition et en empêcher la propagation ?*

I. Veiller soigneusement à la conservation de la santé en général des soldats ; pour cela :

a) *En temps de paix.* — 1. *Dans les garnisons.* — Les placer dans des locaux sains et spacieux ; leur donner une nourriture saine et suffisante et des vêtements bien faits, commodes, et en rapport avec la saison. On évitera scrupuleusement les cravates et les cols trop serrés et, dans les temps froids, on aura soin que l'occiput, la nuque et les oreilles soient bien garantis, soit par la chevelure, soit par la forme des vêtements, contre les causes de refroidissement. Enfin le service des gardes et des manœuvres sera maintenu dans des limites modérées.

Des exercices corporels, journaliers et modérés, des marches souvent répé-

tées, mais qui ne doivent être ni trop longues ni trop fatigantes, sont sûrement favorables à la santé en général et disposent les hommes à devenir de bons et solides soldats, prêts à toutes les éventualités de la guerre. L'absence de ces conditions ou leur excès amènent des résultats opposés, affaiblissent, détériorent la constitution, créent des invalides prématurés et disposent particulièrement aux maladies des yeux.

2. *Dans les campements, les cantonnements, les bivouacs, sous les tentes et les barraques.* Observer les mêmes conditions en évitant les endroits malsains, les marécages, les courants d'air nuisibles, et les lieux dépourvus de bonne eau à boire.

b) *En temps de guerre.* — Ici les circonstances extraordinaires et rigoureuses sont en général trop impérieuses pour qu'on puisse espérer jamais de voir prendre souci des conseils médicaux, même les plus urgents. L'expédition la plus prompte possible des malades ou des blessés sur les hôpitaux est presque le seul soin que puisse prendre le médecin près des troupes actives. On conçoit que de semblables conditions sont des plus propices au développement de la maladie dont nous nous occupons.

II. Les mesures suivantes, adoptées depuis longtemps dans l'armée prussienne, et qui paraissent les plus efficaces pour prévenir l'apparition et empêcher la propagation de la maladie :

a) Tous les malades reconnus comme tels, et ceux qui sont suspects sont séparés des individus bien portants : les uns pour être envoyés à des hôpitaux afin d'y être traités; les autres pour y être tenus en observation, et toujours séparés des premiers. Cette élimination accomplie, tous les locaux, ainsi que les vêtements et autres objets que les ophthalmiques viennent de quitter, sont soumis à une purification suffisante.

Quand la maladie s'est montrée sur une vaste échelle, ou qu'elle a été très intense, les soldats restés bien portants sont déplacés et logés dans d'autres locaux suffisamment spacieux; le mieux encore dans ces cas est de les placer hors des villes, sous des tentes ou dans des villages; ce qui est également avantageux pour les convalescents récemment sortis des hôpitaux.

b) Aucune recrue, dont la face interne des paupières n'est pas absolument normale, n'est admise au service.

c) Observer avec soin chaque malade ayant été traité pour une affection oculaire, surtout quand celle-ci manifeste une tendance à produire dans la membrane muqueuse des paupières des exsudats anormaux, ressemblant plus ou moins à ceux de l'ophthalmie contagieuse. C'est ce qui arrive fréquemment pour les affections catarrhales, dans leur période chronique ; et, dans certains cas où aucune autre cause ne s'est manifestée d'une façon appréciable, il est difficile de ne pas attribuer à ces dernières un rôle important dans le développement du foyer de la maladie contagieuse.

d) Aucun soldat, qui a été atteint de la maladie et dont les paupières ne sont pas revenues entièrement à leur état normal, ne doit être conservé au service.

C'est en recourant à ces mesures que j'ai eu pour ma part les meilleurs résultats; malheureusement il me reste des doutes, que j'ai déjà exprimés plus haut en les justifiant, sur la possibilité d'extirper complétement la maladie.

En terminant ici ce court résumé, je dois vous exprimer, Messieurs, le regret que le temps m'ait manqué pour le faire aussi complet que je l'eusse désiré, et vous prier d'excuser les lacunes nombreuses dont je m'y suis certainement rendu coupable.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE MILITAIRE EN HOLLANDE

PAR LE DOCTEUR C. GOBÉE,
Médecin principal.

L'ophthalmie dite *militaire* a complétement perdu son caractère épidémique ans l'armée des Pays-Bas, et l'on n'en observe plus que de temps en temps dans quelques garnisons, des cas isolés, sporadiques, comme à Bréda, à ois-le-Duc, à Maestricht, à Nimègue et à Flessingue. Dans cette dernière rnison, cependant, elle a subi en 1851 une recrudescence, mais elle n'a ı qu'une courte durée, et a été combattue, avec le plus grand succès, ır M. le docteur Van Dommelen, médecin de régiment délégué à ce ongrès.

Une autre épidémie, qui n'a eu également que peu de durée, a été observée Leeuwaarde en 1852. Les causes de cette recrudescence inattendue dans s deux garnisons paraissent avoir été *l'influence catarrhale et l'encombrement* es troupes dans les casernes, pendant la réunion annuelle de la milice. — es moyens hygiéniques et prophylactiques employés pour combattre cette phthalmie ont été en général ceux signalés au programme du Congrès, oyens dont nous faisons usage depuis longtemps, et avec le meilleur ıccès. — Les remèdes dont nous nous servons contre cette maladie dif-rent, selon le degré de cette dernière et la constitution de celui qui en est tteint.

Nous traitons la forme catarrhale par les moyens généralement connus et sités.

Notre traitement de la *blennorrhagie* diffère cependant beaucoup de celui ui est suivi dans d'autres pays.

Au lieu de nous fier entièrement à la méthode antiphologistique, et de ompter sur elle pour sauver l'œil, si fortement attaqué, nous tâchons au ontraire de *juguler*, de faire *avorter* l'inflammation dans la conjonctive de la aupière et de prévenir la propagation de la phlegmasie à celle du globe de œil. Pour atteindre ce but, nous cautérisons la conjonctive palpébrale avec crayon de nitrate d'argent, une ou deux fois par jour, en prenant les pré-autions nécessaires, et nous continuons de cette manière jusqu'au dégonfle-ıent de la conjonctive palpébrale et à la diminution de la blennorrhagie, ce ui arrive en général en deux ou trois jours. Nous employons, en même temps, es antiphlogistiques généraux et locaux, des évacuants, des dérivatifs et le oid sur l'œil. Nous devons ce traitement abortif de la blennorrhagie à M. le octeur Kerst, médecin principal de première classe et chef de l'école mili-ıire médico-chirurgicale d'Utrecht. Dans une brochure publiée sur cette ma-ıdie en 1836 (1), et sur le traitement abortif de la blennorrhagie, ce médecin istingué a démontré par des chiffres nombreux, qu'aucun traitement, jusqu'à temps, n'avait donné de meilleurs résultats, et n'était plus en état de faire esser la blennorrhagie, dans un court délai, et avec moins de danger pour œil même. Encouragés par les résultats favorables de ce traitement, recom-ıandé par un médecin militaire dont le caractère et la véracité connues ıéritaient toute leur confiance, les officiers de santé de notre armée s'empres-

(1) *Bydrage tot de behandeling der ophthalmia purulenta*. Utrecht, 1836.

sèrent de suivre ce traitement dans diverses épidémies de cette ophthalmie qui régnait à cette époque dans quelques garnisons. Les résultats obtenus furent des plus satisfaisants. En 1839, j'ai publié sur ce traitement mes observations faites à l'hôpital militaire de Bois-le-Duc en 1838 (1). Sur trois cent soixante cas, il n'y eut que huit malades qui, par suite de cette ophthalmie, durent être réformés pour des staphylômes partiels, des obscurcissements de la cornée, etc. Tous les autres guérirent entièrement.

En 1840, M. le docteur Snabilié, alors chirurgien-major de la garnison de Breda, actuellement inspecteur du service de santé de l'armée, a publié également ses résultats, obtenus par la cautérisation, dans la clinique ophthalmologique (2) de 1836-1839 (ouvrage présenté au Congrès). Les résultats ne furent pas moins heureux que ceux de M. Kerst et les miens. M. le docteur Ridder, chirurgien-major d'Amersfort, a traité soixante-dix cas de blennorrhagie aiguë à l'aide de la cautérisation, et il assure en avoir retiré les meilleurs effets. Depuis que nous employons ce traitement, nous craignons moins la forme blennorrhagique de l'ophthalmie, dite *militaire*, et l'expérience nous a appris qu'aucune médication suivie jusqu'à présent n'a eu autant de succès. C'est pourquoi je prends la liberté de venir la recommander ici.

Je ne veux pas nier que ce traitement ne soit assez douloureux, surtout dans les premières heures de l'application (3); je ne nie pas davantage qu'il faille du courage pour en oser faire usage, mais comme une longue expérience nous en a démontré l'efficacité, je crois de mon devoir d'attirer sur lui l'attention de messieurs les membres du Congrès et de leur en recommander l'application hardie et courageuse.

Une modification de ce traitement, qui m'est plus ou moins propre, et que j'ai décrite primitivement dans mon ouvrage cité, et plus tard, dans une monographie sur cette ophthalmie (4), consiste dans la *combinaison de la méthode ectrotique, avec la méthode antitypique.*

Après avoir cautérisé la conjonctive palpébrale et pratiqué une saignée plus ou moins abondante selon la constitution du malade et la véhémence des symptômes, je prescris quinze à vingt grains de sulfate de quinine, mêlés à un à deux grains d'opium, divisés en quatre à six poudres, à prendre d'heure en heure. L'expérience m'ayant appris que les douleurs nocturnes que l'on observe dans presque tous les cas de blennorrhagie aiguë ne peuvent être mieux combattues que par le sulfate de quinine mêlé à l'opium, j'ai substitué l'antitypique au calomel avec le jalap (remède que l'on donne ordinairement pour provoquer des selles nombreuses), en donnant en même temps des lavements purgatifs pour atteindre le même but.

Tous ceux d'entre nous qui ont traité la forme blennorrhagique de notre ophthalmie connaissent le danger de ces douleurs nocturnes, pour l'œil même, et l'importance de les faire cesser au plus tôt. La véhémence de ces douleurs, principalement chez les sujets faibles, irritables et nerveux, cédant très rarement aux antiphlogistiques, aux dérivatifs, à l'application du froid, je me suis demandé si le sulfate de quinine, mêlé à l'opium, ne serait pas susceptible de combattre efficacement ce symptôme alarmant. Me souvenant que Kluyskens avait déjà employé le quinquina dans le même but, j'essayai la

(1) *De oogziekte in het Nederlandsche leger.*

(2) *Bydrage tot de kennis der heerschende oogziekte.*

(3) Il est certain que l'éthérisation ou la chloroformisation pourront remédier à cet inconvénient.

(4) *Die Sogenannte Ægyptische Augenentzündung, mit besonderer Hinweisung auf ein neues Curverfahren.* Leipzig, 1841.

ombinaison ci-dessus mentionnée, et j'eus la grande satisfaction de m'apercevoir que, sous son influence, les douleurs diminuaient déjà beaucoup la remière nuit, et qu'elles finissaient entièrement la seconde. Ces pauvres maades, tant tourmentés par ces douleurs nocturnes, jouissaient, après avoir pris es quinze premiers grains de quinine, d'un calme et d'un sommeil dont ils vaient été privés les nuits précédentes. Le sommeil a, comme vous le savez, ine influence salutaire sur l'œil même qui se calme, et que l'on trouve ordiairement, le jour qui suit l'application de l'antitypique mêlé à l'opium, noins gonflé, moins douloureux, moins larmoyant, pendant que la blennorhagie est en même temps diminuée par la cautérisation avec le crayon de itrate d'argent. Comme cette expérience s'est répétée de jour en jour, et que 'ai constamment constaté une amélioration sensible dans l'état de l'œil, après 'emploi de la médication dont je viens de vous entretenir, j'ai combiné depuis e temps ce traitement interne avec la cautérisation, et je puis vous assurer, ue depuis vingt ans, j'ai tout lieu de m'en féliciter. On m'objectera peut-être ue cette méthode est plutôt applicable en Hollande que dans d'autres pays, cause de la constitution régnante (l'intermittence); que ces douleurs nocurnes ne sont pas toujours assez importantes pour justifier l'emploi d'un raitement qui, au premier aspect, a quelque chose d'irrationnel, et qu'il y a les cas où les antiphlogistiques les plus héroïques sont plutôt indiqués que les ntitypiques. Je répondrai à ces objections que j'ai suivi longtemps cette voie; ue j'ai traité pendant plusieurs années les blennorrhagies aiguës par les ntiphlogistiques, le calomel, etc.; mais que dans la moitié des cas, j'ai eu à léplorer la perte de la vue de l'un ou l'autre œil, ou des deux à la fois, tandis u'avec la méthode *abortive-antitypique*, il m'arrive très rarement de voir rriver une cécité totale ou partielle.

Bien que je ne veuille pas donner ma méthode comme une panacée contre ette ophthalmie, j'ose cependant la recommander à votre attention, d'autant lus que j'ai eu la satisfaction de voir que M. le professeur Arlt, de Vienne, nembre de notre Congrès, en a fait l'objet d'une mention favorable dans son *Traité des maladies des yeux* (page 83), et qu'il a obtenu comme moi des résulats heureux de son emploi.

DE LA NATURE DE L'OPHTHALMIE DITE D'ÉGYPTE

PAR LE DOCTEUR F. PAULI, DE LANDAU (BAVIÈRE).

Je ne ferai point l'examen critique des différentes théories auxquelles la naladie, dite *ophthalmie d'Égypte*, a donné naissance. Cela me mènerait rop loin.

L'exposé de l'étude que je vais avoir l'honneur de soumettre au Congrès era voir clairement quelle est la meilleure des opinions qui ont été proposées usqu'à ce jour.

L'ophthalmie dite d'Egypte doit être divisée, selon moi, en deux maladies lifférentes, qui ne se ressemblent que sous quelques rapports.

L'une de ces deux maladies est une conjonctivite blennorrhagique, produite iniquement par le principe contagieux blennorrhagique, et c'est pour cela

qu'elle ne diffère pas des blennorrhagies aiguës des autres muqueuses, garnies d'un corps papillaire, telles que celles de l'urètre, du vagin, etc., etc

L'autre, au contraire, doit sa naissance à un principe contagieux, spécifique qui produit un exanthème vésiculeux dans la conjonctive, exanthème qui peu à peu l'affecte tout entière et finit par la mettre dans un état d'inflammation suppurative, dont la granulation est une compagne inséparable.

Parlons d'abord de la conjonctivite blennorrhagique. En supposant un principe contagieux blennorrhagique distinct, je n'admets pas que cette maladie soit soumise aux influences climatériques d'un pays comme l'Egypte, ni qu'elle affecte plus particulièrement les grandes agglomérations d'hommes, telles que les armées, dans les rangs desquelles on a observé de temps à autre l'ophthalmie d'Egypte.

Si vous me demandiez de prouver l'existence de ce principe contagieux particulier, par le microscope ou par la chimie, je me déclarerais impuissant à le faire, ces moyens ayant jusqu'ici été stériles dans cette analyse pathologique. Mais, si vous consentez à reconnaître l'existence d'un principe contagieux dans ce fait, qu'une substance animale, sécrétée par une partie organique malade, et transmise à une partie organique saine de même structure ou d'une structure semblable, affecte cette dernière de la même maladie, qui s'étend et se propage à l'infini, je puis alors vous donner la preuve de l'existence d'un principe contagieux blennorrhagique spécial. J'appelle ce principe contagieux blennorrhagique, parce qu'il se trouve généralement dans les muqueuses. — Piringer, médecin allemand à Gratz, a le mérite d'avoir le premier, en 1841, démontré d'une manière incontestable la faculté contagieuse de la substance blennorrhagique d'un œil à l'autre ou de l'urètre à l'œil.

Cependant, je me permets de vous communiquer deux expériences qui mettent hors de doute que le principe contagieux, que j'appelle blennorrhagique se transmet non-seulement d'une conjonctive à l'autre, mais aussi de celle-ci à d'autres muqueuses saines.

Une de ces expériences se trouve déjà décrite dans un traité sur la nature de l'écoulement urétral, contenu dans le troisième cahier du sixième volume du *Journal de chirurgie et d'ophthalmologie,* de Walther et d'Ammon, Berlin, 1847 page 353.

Je me permets de la citer ici sommairement, parce qu'elle est décisive pour le jugement de la question dont il s'agit. J'introduisis du muco-pus, que j'avais d'un enfant atteint de l'ophthalmie des nouveau-nés, dans l'urètre d'un homme de 36 ans tout à fait sain ; le soir du troisième jour, il se déclara un écoulement urétral, que malgré mes avertissements il communiqua plus tard à sa femme.

Au commencement de 1854, je fis une autre expérience, qui ne me laissa plus aucun doute sur l'existence de ce principe contagieux blennorrhagique. Le muco-pus d'un enfant attaqué d'une ophthalmie des nouveau-nés fut introduit, au moyen d'un bourdonnet, qui y fut laissé pendant une demi-heure, dans le vagin d'une fille publique en parfaite santé (elle s'y était soumise en connaissance de cause et moyennant paiement); au bout de trois jours il se manifesta une blennorrhagie qui se propagea les jours suivants jusqu'à l'orifice de l'utérus, et qui fut guérie par de fortes injections de nitrate d'argent.

Des expériences semblables, faites par mon ami le docteur Bettinger, à Frankenthal, confirmèrent entièrement mes propres observations, et une ou deux années après avoir publié le résultat de ma première expérience, dont je viens de vous entretenir, je lus les détails d'une expérience faite par M. Thiry et devant conduire au même principe. Nos expériences donnèrent donc plus

le portée à celles de Piringer, et ne laissèrent plus aucun doute sur l'exis-
ence d'un principe contagieux blennorrhagique absolu.

Ainsi, comme les blennorrhagies de l'urètre et du vagin peuvent donner naissance à la blennorrhagie de la conjonctive, et réciproquement, il ne peut plus y avoir de doute sur leur parfaite identité.

Dans un autre ouvrage, je me suis déjà élevé contre l'opinion de ceux qui admettent la possibilité d'une conjonctivite blennorrhagique par métastase, et depuis ce temps cette théorie a trouvé peu de défenseurs. Je puis ajouter aujourd'hui qu'il n'existe pas d'exemple de métastase de cette maladie d'une muqueuse quelconque à l'autre.

L'action du principe contagieux blennorrhagique est la même sur toutes les muqueuses, garnies d'un corps papillaire, c'est-à-dire qu'au commencement il est séreux, et que plus tard il devient épais et jaune, par suite des corpuscules purulents qui s'y développent. On pourrait objecter à la supposition d'un principe contagieux blennorrhagique, qu'on ne le rencontre pas dans d'autres membranes muqueuses que celles des organes génitaux et de l'œil. La réponse n'est pas, me semble-t-il, difficile à donner. Les membranes muqueuses du rectum et de l'oreille sont garanties, par leur situation même, de tout contact avec la matière contagieuse ; la membrane muqueuse de la bouche est protégée par la salive qui dilue, décompose peut-être la matière contagieuse. Enfin, la membrane muqueuse du nez est rarement atteinte par le doigt souillé de matière contagieuse, et, en admettant même que cela puisse arriver, le mucus du nez suffirait à lui seul pour garantir de toute atteinte cette muqueuse qui, comme celle de la bouche, est déjà rendue moins sensible par le passage continuel de l'air.

Quant à la sensibilité des membranes muqueuses en général, on peut avancer qu'elle est soumise aux plus grandes différences. — On peut s'en convaincre au moyen d'injections caustiques de nitrate d'argent. — D'après mes observations, la membrane muqueuse de l'urètre chez l'homme jouit de la plus grande sensibilité; celle de la conjonctive est à peu près de moitié moindre; après elle viennent celles du méat auditif, du vagin et du rectum. — La muqueuse de la bouche possède la sensibilité la moins prononcée.

Jusqu'à présent nous n'avons pas de raison de conclure que le principe contagieux blennorrhagique soit vivant et puisse se communiquer au moyen de l'air. Le seul mode de transmission que nous connaissions, est celui du contact d'une membrane muqueuse à l'autre, soit immédiat comme dans le coït ou pendant la naissance, soit médiat, comme par des éponges, linges, etc., etc.

Quoiqu'on puisse penser que la sécrétion blennorrhagique de la conjonctive imprègne l'air chaud avec lequel elle est en contact dans l'encombrement des hôpitaux, casernes, etc., et lui communique la faculté d'infecter des conjonctives saines, cette voie de transmission n'est pas encore démontrée. Jamais blennorrhagie urétrale, jamais blennorrhagie conjonctivale ne fut communiquée par l'air ; car le principe de cette maladie ne peut pas s'évaporer.

L'origine spontanée du principe contagieux blennorrhagique est hors de doute ; je possède des faits qui prouvent incontestablement que, par le concours d'influences favorables, une simple ophthalmie catarrhale ou traumatique peut devenir blennorrhagique, et que cette blennorrhagie peut se transmettre.

Le principe contagieux blennorrhagique ne s'étend pas au-delà de la membrane muqueuse attaquée, et produit tout au plus une inflammation des organes voisins par la contiguité organique : orchite, prostatite, cornéite, etc.

Eisenmann et Münthaüser ont examiné la matière blennorrhagique au

microscope et assurent n'y avoir rien observé qui ne se trouvât aussi dans le muco-pus non contagieux : il en résulte que ce moyen n'est pas propre à faire connaître la nature du principe contagieux blennorrhagique. Au lieu de supposer un principe contagieux blennorrhagique général, transmissible d'une muqueuse à l'autre, on se contenta d'un principe contagieux spécial qui aurait le privilége de résider au vagin et à l'urètre.

L'impuissance où l'on se trouvait de s'élever jusqu'au point de vue plus général d'après lequel la blennorrhagie de l'urètre doit être comprise dans le principe contagieux blennorrhagique général, était la cause de cette doctrine qui admettait en même temps la possibilité de la transmission par métastase et une blennorrhagie de nature bien bizarre, capable d'envahir l'organisme tout entier. (Trippersenche.)

Il est simple et facile d'établir les similitudes des blennorrhagies de la conjonctive, de l'urètre et du vagin quant aux symptômes, à la marche, à la guérison et aux maladies qui en sont la suite.

La conjonctivite blennorrhagique n'affecte ordinairement qu'un œil, savoir celui qui a été souillé par la matière blennorrhagique ; il est bien rare que les deux yeux en soient attaqués à la fois. Les progrès de cette maladie sont si rapides, que souvent, au bout de deux ou trois jours à peine, la vue est détruite pour toujours, si l'on ne parvient pas à arrêter l'inflammation et la suppuration effrayantes, avec lesquelles la granulation marche de front.

Il nous reste à parler d'un symptôme qui a beaucoup contribué à la confusion qui enveloppe la doctrine des blennorrhagies de l'œil, et qui a produit jusqu'ici des opinions très divergentes sur leur nature : je veux parler des granulations de la conjonctive.

En effet, je dois faire observer ici que c'est à tort que les vésicules qu'on rencontre dans l'ophthalmie d'Égypte ont été appelées granulations, dénomination qui ne convient qu'aux bourrelets charnus des surfaces du corps en état de suppuration.

Dans l'ophthalmie d'Égypte proprement dite que nous étudierons plus loin, les progrès de la maladie ne sont jamais aussi rapides.

On a regardé ces granulations comme un symptôme pathognomonique de l'ophthalmie dite d'Égypte. Des observations inexactes ont fait confondre deux procès pathologiques essentiellement différents. L'observation scrupuleuse démontre qu'il faut absolument distinguer la granulation concomittante de chaque blennorrhagie intense de cet exanthème vésiculeux de la conjonctive, qui traverse plusieurs phases pour arriver peu à peu à un certain état de granulation suivi de blennorrhagie. La blennorrhagie primitive — que l'on me passe cette dénomination — est une maladie rapide et très aiguë, tandis que les vésicules de la conjonctive sont caractérisées par une marche lente et chronique.

Que savons-nous sur les granulations qui accompagnent la blennorrhagie aiguë? Elles sont produites par l'inflammation ; mais faut-il de même qu'elles suivent ou accompagnent nécessairement la conjonctivite blennorrhagique?

Nullement. Si l'inflammation n'atteint pas un certain degré d'intensité qui passe à la suppuration, la matière sécrétée n'est qu'un simple mucus, qui n'est pas mêlé de pus, et c'est précisément dans ce cas que la granulation manque, car c'est un fait avéré, que j'ai mis hors de doute dans mon travail couronné *De vulneribus sanandis*, qu'il n'y a pas de véritables granulations sans suppuration. La blennorrhagie aiguë de la conjonctive, dans laquelle le mucus est mêlé d'une plus ou moins grande quantité de pus, doit nécessairement être suivie de granulations. L'opinion émise par M. Nélaton, que ces granulations résultent d'un gonflement des glandes muqueuses, n'est vraie qu'autant que le

onflement constitue la première phase de cette maladie, auquel gonflement uccède l'hypertrophie du corps papillaire par congestion ou inflammation, omme Mackenzie l'a le premier démontré, (*trachoma papillare sabulosum.*)

Si l'inflammation chronique persiste, cette granulation simple, en s'entouant de vaisseaux et de tissu cellulaire, peut devenir fongueuse, caronculeuse, arcomateuse, etc., suites d'une hypertrophie augmentant outre mesure. En ıême temps, la suppuration diminue et cesse presque complétement (*trahoma carunculosum*); ou bien, si l'inflammation cesse, la granulation se réduit un tissu cicatriciel, qui devient dur, cartilagineux, calleux, fibreux, (*trahoma callosum*).

Ces dénominations différentes du *trachoma* démontrent qu'il était déjà onnu des médecins anciens, et prouvent d'une manière éclatante qu'une maıdie, observée déjà dans les XVIIe et XVIIIe siècles, n'a pu être importée pour la remière fois par les armées venues d'Égypte à la fin du XVIIIe siècle et au ommencement du XIXe.

Le pronostic de la conjonctivite blennorrhagique dépend du degré de l'inammation, et surtout de celui de la suppuration et de la granulation. Plus elles-ci sont prononcées, plus il y a lieu de craindre une affection consécutive e la cornée et de l'iris.

Le traitement doit s'appliquer surtout à la maladie locale, quoiqu'une antihlogose générale ne doive pas être négligée. Parmi les remèdes locaux, le niate d'argent est supérieur à tous les autres. Qu'on l'appelle caustique ou stringent, sa vertu, merveilleusement modificatrice, l'emporte encore sur les ffets qu'on attribue d'ordinaire à ces dénominations, et le médecin qui néglige on emploi, soit en solution, soit en crayon, ne guérira ses malades qu'avec ien des difficultés, des détours, des dangers et une perte de temps assez conidérable.

Contre les granulations, on pourrait essayer, outre les sels métalliques, application locale de la thuya et de la sabine, et parmi les médications interes dirigées contre la blennorrhagie, le baume de copahu.

La transmission du principe contagieux blennorrhagique par l'air n'étant as démontrée, les mesures de désinfection, bien qu'elles ne soient nuisibles ous aucun rapport, ne sont pas indispensables. En tout cas il suffit, pour emècher une propagation générale, d'observer la propreté et d'éviter les ontacts médiat et immédiat.

La seconde maladie, qu'on a nommée jusqu'ici *ophthalmie d'Égypte*, et qui eule mérite d'être appelée ainsi, consiste dans un exanthème primitif de la onjonctive, dont la marche est plus ou moins chronique, et dont on doit raporter l'existence à un principe contagieux tout particulier, et bien différent u principe contagieux blennorrhagique, à moins qu'on ne veuille dénaturer s faits et confondre, d'une manière injustifiable, des symptômes bien difféents, c'est-à-dire attribuer au même principe contagieux la cause de deux ıaladies différentes.

Quant au principe contagieux que je me permets d'appeler *vésiculeux* ou *granuleux*, selon l'effet qu'il produit dans la conjonctive, on a moins de données ur sa nature que sur celle du principe contagieux blennorrhagique; mais si l'on e veut pas donner un démenti aux faits, l'existence n'en saurait être méconnue.

Cette maladie consiste dans un exanthème vésiculeux de la conjonctive; elle déclare là seulement où se trouvent agglomérés beaucoup d'individus. Plenk a déjà désignée sous le nom de *trachoma herpeticum*, et plus tard Walther, uivant Sotteau et Muller, a cru reconnaître en elle une espèce de gale chronique.

En effet, si l'on observe ces vésicules, qui attaquent ordinairement les deu yeux à la fois, et leurs changements successifs, il est difficile de renoncer l'idée que l'on se trouve en présence d'un exanthème ressemblant beaucou à l'eczéma, et, sous certains rapports, à la gale. Au commencement, o observe dans la conjonctive des deux yeux à la fois de petites vésicules, dou les parois consistent en un tissu stratifié. L'observation scrupuleuse a démontr qu'elles renferment un liquide transparent, hyalin, qui peu à peu devient ca séeux. Dans cette première phase de la maladie, la sécrétion muqueuse est u peu augmentée, mais pas encore altérée par l'irritation de ces vésicules prim tives, la conjonctive elle-même n'étant pas encore sensiblement changée dan son tissu normal.

Mais peu à peu, car la marche de ce travail inflammatoire est lente et perfide et se prolonge souvent pendant plusieurs mois, la conjonctive entière s'en flamme, et précisément cette inflammation part de ces vésicules ; les vaisseau rampent à leur surface et pénètrent dans leur épaisseur. La sécrétion mu queuse dans la conjonctive enflammée devient plus abondante; à mesur qu'elle se mêle de matière puriforme, les vésicules deviennent vascularisée et se transforment en ces granulations charnues végétantes qui, si elles n sont pas absolument les mêmes, ressemblent du moins aux granulation concomittantes de la blennorrhagie puriforme. Nous arrivons maintenant à l phase de ces deux maladies, confondues jusqu'à présent sous le nom d'ophtha mie d'Égypte, qui a fait naître tant de confusion dans leur appréciation. L marche de cette dégénération, primitivement vésiculeuse, si on ne la regard que superficiellement, ne diffère plus de celle de la granulation primiti vement blennorrhagique, c'est-à-dire qu'elle peut se changer comme celle- en végétations fongueuses, sarcomateuses, ou devenir dure, fibreuse, cal leuse, etc.

Néanmoins ces granulations, primitivement vésiculeuses, offrent, si on le regarde plus attentivement, plusieurs particularités qui sont étrangères au granulations primitivement blennorrhagiques.

D'abord ces granulations ne sont pas disséminées dans la conjonctive d'un manière aussi irrégulière que les granulations blennorrhagiques, de sorte qu la conjonctive entière ne se présente pas sous le même aspect. On en trouv la raison dans le développement inégal de ces granulations ; car, tandis qu'un partie des vésicules a déjà passé à l'état fibro-plastique, et par cela même gagn un certain degré de nature charnue, une autre partie se trouve encore à l'ét primitif, c'est-à-dire vésiculeux. Une troisième partie enfin présente mêm des plaques de tissu cicatriciel.

Or, c'est en cela qu'elles diffèrent essentiellement des granulations blenno rhagiques, qui se développent rapidement et à la fois. D'ailleurs, on observ souvent à cette époque, comme suite de l'inflammation générale qui s'est em parée de la conjonctive entière, des granulations papillaires très proéminente surtout sur la partie de la conjonctive qui se trouve près des bords palpébrau Plus la granulation charnue passe à l'état chronique et se rapproche du tiss inodulaire, plus la sécrétion purulente diminue, pour cesser enfin presque e tièrement. Pourvu que les granulations vésiculeuses, si toutefois on ne ve pas renoncer à la dénomination « *granulation* » pour ces éminences miliair de la conjonctive, ne se changent pas en granulations suppuratives, la ble norrhagie de l'œil peut diminuer un jour ou augmenter l'autre, sans qu'il y a danger pour la vue.

Mais aussitôt que, par suite de l'irritation vésiculeuse, la conjonctive entièr s'est enflammée et a passé à l'état de suppuration, les granulations suppura

tives s'établissent et ne deviennent décroissantes que si l'inflammation s'est épuisée dans la suppuration et a passé à l'état de cicatrisation.

Une fois la suppuration finie, ou vaincue par des remèdes convenables, il n'y a plus de rechutes, tandis que les granulations vésiculeuses sans suppuration peuvent augmenter ou diminuer. En un mot, les granulations vésiculeuses sont de petites indurations miliaires dans le tissu cellulaire, sous-conjonctival, provoquées par les vésicules, de même que les vésicules de la gale produisent de petites indurations dans le tissu cellulaire sous-cutané, tandis que les granulations suppuratives sont des bourrelets plus volumineux, qui accompagnent toujours la suppuration. Il suffit d'avoir vu une seule fois les granulations vésiculeuses de l'ophthalmie d'Égypte pour acquérir la conviction qu'elles diffèrent notablement des granulations suppuratives.

De même que le principe contagieux blennorrhagique produit dans la conjonctive une blennorrhagie et des granulations qui éprouvent plusieurs métamorphoses, de même le principe contagieux vésiculeux fait naître dans la conjonctive un exanthème suivi de l'inflammation de cette membrane, et de la transformation de ces vésicules en une espèce de bourrelet qui ressemble aux granulations blennorrhagiques, mais qui ne sont pas tout à fait de même nature.

Une fois que les deux espèces de granulations ont passé à l'état végétant, elles ne présentent plus aucune différence sensible. Jamais aucune d'elles n'est suivie d'une maladie constitutionnelle, comme la vérole par exemple.

Il me reste maintenant à traiter une question de la plus haute importance. C'est celle qui est relative au traitement et aux mesures à prendre pour prévenir l'apparition et empêcher la propagation de l'ophthalmie dite d'Égypte.

Comment s'opère la transmission du principe contagieux vésiculeux?

Tant que le principe contagieux vésiculeux se trouve dans la conjonctive à l'état vésiculeux lui-même, toute transmission soit par contact immédiat ou médiat, soit par infection est impossible, car le principe contagieux est encore renfermé dans les parois du kyste. Le même fait se présente pour les vésicules du chancre ou de la gale qui, tant qu'elles sont encore fermées, sont impuissantes à communiquer le virus syphilitique ou la gale. Mais, dès le moment où la vésicule s'est ouverte, le principe contagieux est dégagé de son enveloppe, et la transmission peut s'effectuer par évaporation. Quoiqu'on puisse admettre qu'après la rupture du kyste, la matière qu'il contenait soit transmissible par contact immédiat et médiat, il est certain que ce n'est pas là le mode de transmission ordinaire.

Comme il arrive ordinairement qu'une foule de personnes, séjournant ensemble dans des appartements encombrés et malpropres, se trouvent simultanément atteintes de cette maladie, sans qu'il existe entre elles un rapport direct, on est obligé de reconnaître la présence d'un principe contagieux suspendu ou flottant dans l'air. Mais, me demandera-t-on, comment l'air se charge-t-il de ce principe contagieux, quand l'état de santé de ceux qui se trouvent dans ces appartements est tout à fait satisfaisant? Je crois qu'il est difficile de résoudre cette question autrement que par l'admission d'un principe contagieux animé. On ne peut pas demander de prouver l'existence de ce principe par le microscope, car combien de fois ce moyen d'investigation, qui n'est pas infaillible, ne nous fait-il pas voir les objets sous une fausse apparence?

L'existence d'un principe contagieux animé une fois admise, on s'explique facilement comment les étoffes de laine et de coton peuvent devenir les agents de la contagion. Elles sont imprégnées du principe contagieux, qui reste comme mort tant que ces étoffes sont exposées à une température peu élevée,

mais qui regagne sa vitalité dès qu'elles sont soumises à l'influence d'un air chaud, humide et malsain. Cet air se charge du principe contagieux animé, qui s'y multiplie, et devient par là un nouveau foyer d'infection.

Un autre argument en faveur de cette opinion consiste dans la supériorité de la médication locale caustique sur tout autre traitement, soit général, soit local, et dans l'emploi de moyens de désinfection identiques à ceux qui servent à empêcher l'apparition et la propagation de la gale. Il est évident que, par ce fait même que j'admets un principe contagieux animé, je dois nier toute possibilité d'un développement spontané de cette ophthalmie. Et pourquoi n'a-t-on jamais observé ce principe contagieux dans une autre muqueuse? C'est que celle de la conjonctive y est la plus exposée, par suite de l'évaporation du principe contagieux vésiculeux. Jamais on n'en a observé de métastase.

Le pronostic dépend de la possibilité de détruire les vésicules par le caustique avant qu'elles aient trop irrité la conjonctive dans toute son étendue, et produit une inflammation et ses suites fâcheuses.

Quant au traitement, le nitrate d'argent s'emploie aussi dans cette maladie comme une médication précieuse, non-seulement par la vertu qu'il a de modifier la vitalité de la conjonctive enflammée, comme dans la conjonctivite blennorrhagique, mais encore par sa faculté caustique de détruire le principe contagieux vésiculeux. A côté de lui, plusieurs sels de cuivre, de plomb, etc., etc., méritent d'être nommés comme agents thérapeutiques locaux d'une valeur incontestable, surtout si la granulation s'est déjà établie.

Le traitement interne doit être antiphlogistique en général; mais, sans traitement local, il reste sans effet.

Il est du reste de toute nécessité d'appliquer dans toute leur rigueur, contre cette funeste maladie, toutes les mesures hygiéniques et légales dont l'efficacité a été si brillament constatée en Belgique.

Comme le principe contagieux vésiculeux ne naît point spontanément chez nous, il est de toute probabilité qu'il a été naturalisé en Europe par les troupes françaises et anglaises qui, au commencement de ce siècle, ont vécu sous le climat chaud et humide de l'Égypte. C'est ce qui justifie à la rigueur la dénomination *d'ophthalmie d'Égypte* donnée à cette maladie; car ce nom rappelle à la fois les campagnes glorieuses de ces temps, et les souffrances des armées auxquelles remonte l'origine de cette maladie.

Conclusions.

1. L'ophthalmie dite d'Égypte consiste en deux maladies essentiellement différentes, dont l'une est aiguë et l'autre chronique. La première est une conjonctivite blennorrhagique, et la seconde un exanthème vésiculeux de la conjonctive.

2. Les deux maladies doivent leur origine à deux principes contagieux différents.

3. L'existence du principe contagieux blennorrhagique est constatée par des expériences directes.

4. La marche, les suites et la guérison sont les mêmes, ou du moins de nature très semblable dans toutes les inflammations blennorrhagiques.

5. Le principe contagieux blennorrhagique diffère essentiellement des principes contagieux fixes, tels, par exemple, que le principe contagieux syphilitique, hydrophobique, etc.

6. Il est uniquement transmissible par contact.

7. Il reste isolé dans les membranes muqueuses, et produit au plus une inflammation des organes voisins par la contiguïté organique.

8. Le principe contagieux blennorrhagique ne produit jamais une infection de l'organisme.

9. Il n'est pas sujet aux métastases et ne dépend pas des influences du climat.

10. Sa nature n'a pu être prouvée jusqu'à présent, ni par la microscopie, ni par la chimie.

11. La conjonctivite blennorrhagique n'atteint ordinairement qu'un œil, savoir celui auquel le principe contagieux a été transmis.

12. Dans la conjonctivite blennorrhagique, la granulation et la formation de pus marchent de front.

13. Le traitement est principalement local, et doit changer la vitalité de la muqueuse malade, en détruisant le principe contagieux.

14. La propreté, l'isolement et le soin d'éviter le contact suffisent pour empêcher la propagation des blennorrhagies. Les mesures de désinfection ne sont pas indispensables.

15. L'exanthème vésiculeux chronique de la conjonctive doit sa naissance à un principe contagieux spécial, qui diffère du principe contagieux blennorrhagique, et qui consiste dans des vésicules.

16. Les vésicules irritent de plus en plus la conjonctive et peuvent l'induire en inflammation suivie de suppuration avec granulations. Il n'existe pas de véritable transformation des vésicules elles-mêmes en granulations suppuratives.

17. Il est vraisemblable que ce principe contagieux est animé.

18. Le principe contagieux ne se forme jamais spontanément; mais il se communique ordinairement par infection au moyen de l'air.

19. Il affecte les deux yeux à la fois.

20. Il n'est jamais suivi d'une infection générale de l'organisme, et ne s'est montré jusqu'à présent que dans la muqueuse de la conjonctive.

21. Le microscope et la chimie n'en expliquent pas la nature.

22. Le pronostic est d'autant plus favorable que les vésicules qui renferment le principe contagieux sont plus tôt détruites par les caustiques; la médication interne, c'est-à-dire l'antiphlogose, est sans efficacité sans la médication locale.

23. Les mesures les plus rigoureuses de prophylaxie et de désinfection sont d'un emploi urgent et d'une incontestable utilité.

DE L'IDENTITÉ

DE L'OPHTHALMIE CATARRHALE ET DE L'OPHTHALMIE DITE MILITAIRE

PAR LE DOCTEUR LUSTREMAN,

Chirurgien principal, professeur à l'École impériale du Val-de-Grâce, à Paris.

Il appartenait à la médecine belge, plus qu'à toute autre, de porter devant un Congrès scientifique l'importante question de l'ophthalmie des armées.

Des travaux, d'une grande valeur sans doute, ont été entrepris et publiés dans tous les États où cette grave affection a sévi depuis le commencement de

ce siècle : en Italie, en Angleterre, en Autriche, en Russie, en Prusse, en Danemark ; mais nulle part cet intéressant sujet n'a surexcité l'ardeur scientifique au même degré qu'en Belgique, et ce sera un éternel honneur pour les médecins de ce pays que de l'avoir conduit au degré de perfection auquel, grâce à leurs efforts, il est arrivé aujourd'hui.

La question capitale de la contagion paraît ne plus devoir être l'objet d'aucune controverse, si ce n'est dans quelques détails de peu d'intérêt.

Celle des granulations, obscure encore en quelques points, a cependant fait un pas considérable ; on peut regarder comme un grand service rendu à la science, et surtout à la pratique, d'avoir mis en évidence le rôle important de ces productions pathologiques dans l'ophthalmie contagieuse.

La question du traitement, celle de la prophylaxie, ont été résolues d'une manière tellement satisfaisante, que je me demande si le Congrès pourra ajouter quelque chose aux excellents préceptes de thérapeutique suivis par nos confrères de ce pays, aux sages mesures préventives conseillées par eux à l'administration de la guerre, et appliquées par celle-ci avec un empressement digne des plus grands éloges.

Hommage donc aux médecins belges pour leurs louables et fructueux efforts, hommage à notre vénérable président, auquel en revient l'honneur pour une si large part, et qui, dans les luttes auxquelles l'incertitude des doctrines donna lieu, il y a quelques années, a montré tant d'indépendance et de fermeté.

Toutefois, malgré de si grands travaux et de si incontestables progrès, tous les points en litige ne sont pas encore résolus d'une manière définitive. Parmi ceux qui n'ont pas cessé de diviser les médecins, se trouve en première ligne la question de l'existence même de l'ophthalmie dite *militaire*, non pas comme fait, bien entendu (il n'est que trop démontré par l'expérience), mais comme *individualité pathologique ;* et puisque ce sujet est controversé, il nous a paru qu'il était indispensable qu'il fût soulevé devant le Congrès, quoiqu'il ne figure pas dans les matières de son programme. Je me suis donc hasardé à l'aborder, parce qu'il peut être traité à l'aide des données générales de la pathologie, et sans le secours de connaissances spéciales, ce qui apaise en moi la défiance que m'eût inspiré sans cela le sentiment de mon incompétence.

Puisque les médecins ophthalmologues sont déjà d'accord pour proclamer qu'il est impossible de saisir aucune différence entre l'ophthalmie des nouveau-nés, l'ophthalmie gonorrhéïque et celle dite *militaire*, il ne s'agit plus que de savoir qui a raison de ceux qui considèrent cette dernière comme différente de la catarrhale, et en font un type particulier, ou de ceux qui l'en rapprochent, et qui ne reconnaissent ainsi qu'une espèce unique d'ophthalmie muco-purulente ne présentant plus que des variétés basées, non sur une différence de nature, mais sur des conditions d'un ordre tout à fait secondaire.

La question se réduit donc à celle de l'identité ou de la non-identité de l'ophthalmie catarrhale et de l'ophthalmie dite *militaire*.

Je déclare hautement que je suis partisan de l'identité, et c'est à l'appui de cette doctrine que je me propose de présenter quelques réflexions.

Il serait inopportun de rappeler devant des hommes qui les connaissent mieux que moi les motifs allégués par ceux qui partagent cette croyance. D'ailleurs, ce qui paraît pouvoir être fait encore avec quelque profit, c'est d'examiner, à un point de vue que je crois nouveau, les bases de la croyance opposée.

Une circonstance heureuse rendra ma tâche tout à la fois plus courte et plus facile.

Les raisons sur lesquelles s'appuient les divisionistes ont été résumées par un homme tellement autorisé, tellement considérable, qu'aucun d'eux ne me

contestera certainement le droit de le choisir comme la plus complète expression de leurs idées, comme la personnification de leur système.

Cet homme, Messieurs, c'est le vénérable président du Congrès, et je n'ai qu'une crainte, c'est que vous ne jugiez son adversaire bien peu digne de lui.

Au lieu donc de m'attaquer à des antagonistes épars, je m'adresse à un seul, et il ne se méprendra pas sur la signification de ce choix, il y verra, je l'espère, la preuve de la plus profonde estime et un hommage rendu à sa haute position scientifique.

M. Fallot, vous le savez, Messieurs, après avoir proclamé l'identité de l'ophthalmie catarrhale et de l'ophthalmie dite *militaire* a passé dans le camp opposé.

Je le regrette, puisque je crois qu'il a fait fausse route, mais permettez-moi de vous signaler ce changement comme un acte qui fait le plus grand honneur à son caractère, comme un exemple qu'on ne saurait trop louer. Il a cru avoir suivi jusque-là la voie de l'erreur, et avec l'honnêteté et la simplicité qui caractérisent le vrai savant, il est venu dire : « Je commence à croire que je me suis trompé, et il ne me faut pas un médiocre courage pour faire cet aveu au milieu de l'assentiment que donnent à l'opinion que j'abandonne des médecins oculistes du plus haut mérite, pour le talent desquels je professe la plus profonde estime, et au suffrage desquels j'aspire. »

Quand un homme aussi grave, possédant une expérience laborieusement acquise au foyer le plus actif d'une épidémie qu'il a observée pendant de longues années, abandonne l'opinion qu'il s'était d'abord faite, et à laquelle il avait donné publiquement le patronage de son approbation, il est évident qu'il a dû être déterminé par les motifs les plus puissants, les plus mûrement médités, les plus solidement étayés.

Les raisons que fait valoir M. Fallot peuvent donc être considérées comme les meilleures, les seules peut-être que puisse invoquer la doctrine de la non-identité, de telle sorte que, si nous parvenons à les renverser, nous aurons sapé l'édifice par la base.

Avant de les exposer, commençons par établir un fait important, c'est que la symptomatologie ne fournit aucun caractère différentiel entre l'ophthalmie dite catarrhale et l'ophthalmie dite militaire.

Écoutons M. Fallot lui-même : « Si de la plus parfaite conformité de symptômes, il était permis de conclure à une identité de nature dans les maladies, l'ophthalmie de l'armée serait la même que la catarrhale. Examinez ceux sous lesquels cette dernière se présente et a été décrite par tous les ophthalmologistes; suivez ses progrès depuis la forme la plus bénigne jusqu'à son état le plus violent, vous croirez voir se dérouler sous vos yeux le tableau de l'ophthalmie militaire, depuis la simple injection capilliforme des paupières, le picotement des yeux, et la sécrétion des larmes, jusqu'au chémosis le plus décidé, la suppuration la plus abondante, la fonte et la destruction incoërcible de la cornée transparente.

« L'identité de l'ophthalmie catarrhale à son plus haut degré de développement et de l'ophthalmie purulente des armées sous le rapport de la forme, c'est-à-dire des symptômes, est un fait admis, je pense, par la plupart des ophthalmologistes, et les efforts faits par M. le docteur Eble pour établir des différences n'ont servi qu'à démontrer l'impossibilité d'en trouver de fondées (1). »

Nous prenons acte de cette déclaration si nette et si formelle.

M. Mackenzie, dont le Congrès regrette si profondément l'absence, et dont l'autorité ne peut être contestée, émet la même opinion. Il se basarde toute-

(1) Fallot. *Nouvelles recherches sur l'ophthalmie*, etc., 1838.

fois, je dirai presque timidement, à signaler une légère différence, lui qui admet l'identité des deux affections; mais aussitôt, chose bizarre, ses deux fidèles et brillants traducteurs, MM. Testelin et Warlomont, qui nient l'identité, de protester vivement dans une note ainsi conçue : « Nous ne pouvons souscrire à cette assertion de M. Mackenzie. Au point de vue phénoménal, il n'y a pour nous aucune différence entre les ophthalmies dites catarrhales et l'ophthalmie des armées (1). »

Les hommes les plus intéressés à ce qu'il en fût autrement sont donc obligés de convenir que, placés en présence de ces maladies, ils sont inhabiles à distinguer l'une de l'autre. Cela ne saurait nous étonner, puisque nous sommes convaincus qu'il s'agit de la même affection; mais voyons où ils vont puiser des traits qui les déterminent à en faire deux espèces différentes, puisque la symptomatologie ne peut les leur fournir.

« La spécificité d'une maladie, dit M. Fallot, me semble être déterminée tout particulièrement, sinon exclusivement, par la spécificité des causes qui la font naître; les inductions tirées des symptômes ou du traitement n'ont qu'une faible valeur, puisque, d'après des circonstances individuelles, les phénomènes pathologiques et les indications thérapeutiques peuvent varier considérablement dans les maladies de même nature et, par contre, les mêmes symptômes appartenir à des maladies différentes, et le même médicament être à sa place dans plusieurs.

« Or, voici ce que nous avons remarqué. Les causes les plus connues et les plus généralement avouées des affections catarrhales sont les changements soudains dans les propriétés physiques de l'air, et surtout l'abaissement brusque de la température. Or, de pareilles transitions se sont opérées récemment, sans que l'état des yeux des ophthalmiques en ait été en aucune manière affecté. Tandis que les inflammations catarrhales, les coryzas, les angines, les bronchites abondaient dans la garnison, les ophthalmies diminuaient considérablement de fréquence, et un grand nombre d'ophthalmiques contractaient les premières sans que leurs yeux s'en ressentissent.

« Les saisons les plus favorables au développement des inflammations catarrhales sont l'hiver et le printemps, et il est d'expérience que c'est alors justement que notre ophthalmie est la plus rare et la plus bénigne, tandis qu'elle sévit pendant l'été et que sa recrudescence coïncide, observation qui s'est rigoureusement répétée depuis son apparition dans l'armée, avec l'arrivée des chaleurs.

« Il est sans exemple, dans les fastes de l'art, je pense, qu'une épidémie catarrhale ait régné sans interruption et dans le même endroit pendant une longue suite d'années; celles de grippe ou d'influenza qu'on peut prendre pour type des phlegmasies de cette nature s'étendent avec rapidité sur un grand espace de terrain, mais ne font qu'y passer. Notre maladie se maintient sans intermittence dans l'armée depuis vingt-trois ans au moins.

« Les épidémies catarrhales n'épargnent presque personne, et quoique plus hostiles à ces classes d'habitants qui peuvent le moins se soustraire aux influences qui les font naître, elles étendent leurs effets sur tous et modifient même dans leur sens les maladies intercurrentes qui surviennent pendant leur durée. Ici, la maladie se renferme chez nous dans l'état militaire et se circonscrit encore plus spécialement dans quelques armes, et, si on l'a vue franchir et s'installer dans le civil, c'est après des rapports suivis et multipliés entre des soldats affectés et des bourgeois.

(1) *Traité pratique des maladies de l'œil*, par W. Mackenzie, etc., 1857.

« Dans les affections catarrhales, le malade est toujours plus attaqué le soir que le matin ; dans l'angine, la déglutition est alors plus difficile; dans le coryza, l'enchifrènement plus marqué; dans la bronchite, la toux plus fatiguante. Eh bien, dans notre ophthalmie, le malade est toujours mieux le soir que le matin, les yeux sont moins rouges, moins sensibles, le picotement moins incommode, faits que dans ma clinique j'expliquais depuis longtemps par l'hypothèse que durant la nuit la matière de la secrétion s'est accumulée et a irrité, par son contact, les membranes enflammées, tandis que pendant le jour elle a été évacuée au fur et à mesure de sa production.

« Enfin, dans les affections catarrhales, le froid est nuisible, et ce que nous recommandons le plus dans son traitement, c'est d'en éviter l'influence. Il n'y a pas d'exception à cette règle. Or, dans le traitement de notre ophthalmie, je me trouve parfaitement bien de l'application du froid; des inflammations graves perdent de leur intensité par son intervention, et, ce que j'ai souvent remarqué, d'autres médecins spécialement adonnés au traitement des ophthalmiques l'ont observé de même (1). »

Nous avons cité textuellement, afin d'établir notre point de départ d'une manière certaine. Maintenant, examinons la doctrine exposée dans cette citation.

Il est facile de voir qu'elle repose toute entière et uniquement sur la différence des causes. Les autres considérations ne sont que très accessoires, ou ne sont que de simples corollaires de la donnée fondamentale, laquelle se résume ainsi :

L'ophthalmie catarrhale se développe principalement, sinon exclusivement, comme tous les catarrhes, sous l'influence des variations atmosphériques, et notamment d'un abaissement de la température.

L'ophthalmie militaire se manifeste sous l'influence des chaleurs de l'été.

Donc l'ophthalmie catarrhale et l'ophthalmie militaire, nées de causes différentes, ne peuvent être identiques.

L'auteur a commencé par déclarer que la spécificité des causes entraîne la spécificité des effets. Nous sommes parfaitement de son avis sur ce point, et la discussion serait close si, comme conséquence logique, il nous eût fait connaître la cause spécifique de l'ophthalmie dite militaire. Mais il ne le pouvait pas, et le principe qu'il professe, s'il précède son raisonnement, ne lui sert pas de base; il y est complétement étranger, puisqu'il s'agit, non plus de causes spécifiques, mais de causes générales.

Le principe que ce raisonnement suppose, le seul sur lequel il puisse logiquement s'appuyer est celui-ci : *La similitude des causes entraîne la similitude des effets.*

Or, M. Fallot ne peut admettre cette proposition, qui est le renversement des notions les plus élémentaires de l'étiologie, et cependant nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer qu'elle est implicitement contenue dans son argumentation; qu'elle lui est nécessaire, car si des effets semblables peuvent être produits par des causes différentes, il ne peut plus dire que l'ophthalmie catarrhale et l'ophthalmie militaire ne sont pas une seule et même maladie, par cela seul qu'elles résultent de l'action de causes opposées. Cette simple remarque suffirait, ce me semble, pour renverser complétement la doctrine. Je passe outre, voulant abréger la discussion pour la porter de suite sur un autre point.

Sans y attacher la même importance que les divisionistes, sommes-nous au moins obligés d'admettre avec eux la différence qu'ils proclament entre les causes productrices de l'une et de l'autre ophthalmie? Non ; nous repoussons

(1) Fallot. *Nouvelles recherches*, etc., etc., 1838.

les faits allégués, dans la signification qui leur est attribuée, aussi bien que la doctrine. C'est ce que nous allons nous efforcer de justifier.

Le syllogisme contient implicitement une double assertion, à laquelle il m'est impossible d'adhérer, c'est que toutes les affections catarrhales se développent sous l'influence des variations de la température, et en particulier du refroidissement de l'air; c'est que l'ophthalmie des armées ne reconnaît pas les mêmes causes.

Il est bien vrai qu'elle est présentée avec une légère restriction; mais le principe doit être absolu, car s'il ne l'est pas, la conséquence cesse d'être légitime. En effet, si un seul catarrhe peut se rencontrer en dehors de ces causes, il n'y a plus de raison d'exclure l'ophthalmie militaire de cette classe de maladies, sous prétexte qu'elle est le produit de la chaleur, car elle pourrait y occuper une place au même titre que le catarrhe en question.

Or, en premier lieu, il n'est pas exact de dire que les affections catarrhales, prises dans leur ensemble, ne reconnaissent qu'une cause unique, celle qui a été indiquée.

L'erreur provient d'une source que je devine, ce me semble; on a eu principalement en vue le catarrhe bronchique en établissant l'étiologie des catarrhes, et, par une généralisation hasardée, on a appliqué au genre ce qui n'est vrai que pour l'espèce ou pour quelques espèces.

Personne ne songe à nier l'influence pathogénique des variations atmosphériques; personne n'ignore que le trouble imprimé par elles aux fonctions de la peau peut avoir un retentissement plus ou moins énergique sur toutes les autres membranes muqueuses; personne ne met en doute l'action directe du froid sur ces dernières, action qui est en raison de l'étendue de leur surface et de l'importance de leurs fonctions physiologiques.

Mais il ne s'ensuit pas que ce soit là la seule cause des affections catarrhales, à moins que, par une véritable pétition de principes, on ne donne ce nom qu'aux maladies occasionnées par le refroidissement.

Ce n'est pas ainsi que la question doit être envisagée.

Est-ce que la présence d'un calcul, est-ce que le séjour trop prolongé de l'urine dans la vessie ne déterminent pas tous les jours, et à l'exclusion de toute action extérieure, le catarrhe vésical? N'en est-il pas de même du catarrhe vaginal à la suite de violences répétées? du catarrhe utérin à la suite d'un accouchement laborieux?

Est-ce par l'exposition au froid humide que se contracte habituellement le catarrhe urétral?

La bronchite elle-même, quelle qu'en soit la cause première, ne peut-elle, sous l'influence de certaines idiosyncrasies, prendre la forme catarrhale?

Il n'est donc pas possible d'admettre ici une cause unique, et encore bien moins d'en faire le lien du faisceau des maladies catarrhales, de rejeter du cadre de ces dernières une affection, pour ce seul motif qu'elle ne se montre pas sous l'influence du refroidissement.

Ce qui caractérise ce grand groupe pathologique, c'est la supersécrétion des muqueuses avec tendance remarquable de son produit à la purulence, accompagnant un état inflammatoire qui peut présenter tous les degrés, depuis le plus contestable jusqu'au plus évident, au plus élevé.

Cette inflammation sécrétante, les causes les plus variées peuvent la produire, comme nous venons de le voir, et comme nous en trouvons un exemple assez piquant dans l'ophthalmie catarrhale elle-même.

En effet, si j'ouvre les auteurs qui ont traité de cette affection, M. Mackenzie entre autres, que trouvé-je à l'article *Causes*? — Qu'elle est due, le plus souvent,

ux causes générales invoquées, mais aussi qu'elle peut résulter de l'exposi-ion des yeux à des vapeurs irritantes, d'un exercice trop prolongé de la vue, urtout à la lumière.

Vous ne pouvez donc pas dire que les affections catarrhales en général, et ophthalmie catarrhale en particulier, soient toujours le résultat du refroidisse-ient subit. Non pas que je nie l'évidence, non pas que je n'admette avec tout monde que, pour cette dernière, il n'en soit le plus souvent ainsi : ce n'est as le fait particulier que je conteste, c'est sa généralisation; ce sont les con-équences qu'on en tire, c'est le principe qu'on en déduit et qui, je le répète, e pourrait avoir de valeur que s'il était absolu.

Enfin, vous ne pouvez pas dire davantage que votre ophthalmie militaire e naît jamais sous l'influence de causes catarrhales.

Que l'on admette ou non que l'ophthalmie qui sévit depuis le commencement e ce siècle sur les armées de l'Europe a eu son berceau en Égypte, toujours st-il que personne n'en conteste la parfaite conformité avec celle de ce pays, t que, pour l'armée anglaise tout au moins, l'origine égyptienne ne peut être ontestée.

Eh bien, consultez les médecins qui l'ont observée sur place, les voyageurs s plus éclairés, et vous verrez que tous sont d'accord pour l'attribuer, les uns xclusivement, les autres principalement, à l'effet du refroidissement et de humidité. Dans le remarquable travail dont il a donné lecture dans les deux remières séances, M. le docteur Anagnostakis vous a représenté l'ophthalmie aissant aujourd'hui sur les bords du Nil, comme au temps de Prosper Alpin, e Volney, de Bruce, d'Assalini, de Desgenettes, de Larrey, etc., chez des su-ts à conjonctives saines, qui se sont exposés aux abondantes rosées et au oid relatif de la nuit, tandis que les Bédouins, placés dans les mêmes condi-ons de lumière, de chaleur et, de plus, subissant l'action des sables du désert, iais échappant au froid humide, échappent également à l'ophthalmie.

Les Arabes de l'Algérie présentent la même différence. Les habitants des iontagnes ou des plaines sablonneuses ont les yeux clairs et perçants; ceux ui vivent dans les habitations humides de la côte, ou dans les huttes entou-ées d'eau des oasis, offrent toutes les altérations oculaires qui ont fait nommer Caire la ville des aveugles.

Au reste, cette observation a été faite dans tous les pays, et est reproduite ans tous les auteurs. Parmi les médecins belges eux-mêmes, plusieurs ont ignalé des épidémies localisées, nées évidemment d'une conjonctivite due à es causes catarrhales, à un refroidissement occasionné par la pluie, dans une ournée d'été, par exemple.

Je ne puis entrer dans les détails sans m'exposer à vous fatiguer, Messieurs, ar la narration de faits qui vous sont connus. Je me contente de rappeler et e constater, que nulle cause n'a été invoquée avec plus d'unanimité que le roid, ou plutôt le refroidissement, lequel s'observe également pendant les ivers rigoureux et pendant les étés brûlants sous les diverses latitudes. D'où résulte que, pour moi, l'ophthalmie catarrhale et l'ophthalmie des armées ont dues à la même cause.

Ne croyez pas que je veuille échapper par cette simple déclaration au fait apital de l'argumentation de M. Fallot, à celui qui sert de pivot à sa doctrine, e base à sa croyance; bien loin de là, après l'avoir examiné au point de vue octrinal, il faut au contraire l'envisager en lui-même, en apprécier la valeur ntrinsèque.

Ce fait, c'est l'apaisement dans l'armée de l'ophthalmie régnante pendant hiver, à l'époque où sévissent les affections catarrhales, et ses recrudescences

coïncidant toujours avec les chaleurs de l'été. Les médecins belges sont unan mes sur ce point; d'ailleurs il eût suffi du tableau dressé si patiemment p notre honorable président pour l'établir d'une manière irrécusable.

Le fait est donc incontestable et incontesté. Mais, selon moi, la portée qu'o y a donnée repose sur une erreur : on a confondu la cause de la maladie av la cause de l'épidémie, ce qui est très différent.

L'ophthalmie muco-purulente n'est pas endémique en Belgique comme Egypte, en Laponie, en Illyrie, en Finlande, etc., etc.; les causes susceptibl de la produire n'ont pas une énergie suffisante pour cela; elles n'engendrer le plus souvent que des cas isolés. Mais quelles que soient les circonstanc qui l'ont fait naître et se répandre, il y a environ quarante ans, elle exis aujourd'hui, semant partout des foyers auxquels elle s'alimente, comme l'a si bien dit, et elle n'a plus d'autre cause qu'elle-même dans la majori des cas.

Quels sont donc les effets des chaleurs de l'été, augmentés de ceux de l'e combrement dans les camps, des grandes manœuvres, des marches militaire Ces effets si régulièrement observés sont : l'avivement des foyers préexistant l'inflammation des yeux, déjà envahis par les granulations vésiculeuses, passage à l'état aigu des conjonctives granuleuses chroniques; puis, consée tivement, l'extension de celles-ci par de nouvelles contagions, et enfin, u recrudescence de l'épidémie.

Les chaleurs de l'été sont donc une cause d'aggravation de ce qui est, et n une cause productrice de ce qui n'est pas; elles développent l'état épidémiq dans une réunion d'hommes déjà infectés et placés dans des conditions q rendent inévitable la propagation du mal; elles ne créent pas l'ophthalmie toute pièce, au moins dans l'immense majorité des cas.

Si, pendant les chaleurs de l'été, l'ophthalmie muco-purulente apparaît s des conjonctives saines, on peut affirmer d'avance qu'elle a été provoquée p un refroidissement. D'après un nombre considérable de témoignages imp sants, c'est ainsi qu'elle se développe, avec le concours de quelques caus accessoires dans les pays chauds où elle est endémique. Il n'est donc p permis de poser en principe, comme on le fait, que l'ophthalmie catarrhale l'ophthalmie militaire diffèrent en ce que l'une provient du froid et l'autre la chaleur.

D'ailleurs, je le répète, cela fût-il, je n'admettrais pas que deux maladi identiques sous le rapport des symptômes, dussent être déclarées de natu différente, par cette seule raison qu'elles se développent sous l'influence causes dissemblables, *quand il ne s'agit pas de causes spécifiques;* et l'ophtha mie qui se montre par les temps froids et humides, et celle qui éclot a rayons du soleil de l'été me paraîtront toujours la même espèce pathologiqu si les autres caractères, dont nous allons nous occuper et par lesquels cherche à les différencier, n'ont pas plus de fondement que ceux dont no venons d'examiner la valeur.

On dit : les épidémies catarrhales s'étendent rapidement, mais ne font q passer; l'ophthalmie militaire dure depuis un grand nombre d'années. Certe voilà encore un fait d'observation qu'on ne peut contester; mais il n'impliq rien relativement à la question de nature. La durée dépend de circonstanc particulières. Que l'ophthalmie soit primitivement catarrhale ou non, el existe, elle est contagieuse et doit nécessairement se développer et se perp tuer, si l'on accumule les circonstances favorables à sa propagation, ainsi q cela existe pour les militaires, de même qu'elle s'éteindra dans les circo stances opposées.

En effet, elle disparaît facilement quand elle s'est montrée dans une famille, plus difficilement dans une prison, un couvent, un pensionnat; elle s'éternise au contraire dans les corps de troupes, ce qui tient évidemment aux conditions mêmes de la vie du soldat, à l'habitation en commun, à l'encombrement, à l'exposition constante aux intempéries de l'air, aux veilles, aux fatigues exagérées, enfin à la difficulté d'appliquer des mesures préventives sur une si grande échelle, et non à une différence de nature.

« Si l'on me demandait, dit M. Fallot, comment je conçois sa continuité dans quelques corps et garnisons de l'armée, je dirais que c'est son existence même qui m'explique sa perpétuité; que dès son origine, elle y a semé des germes qui la reproduisent, et qu'il faudrait avoir détruits complétement avant de pouvoir espérer de la voir disparaître. Je comparerais volontiers ce qui a lieu pour la persistance de notre ophthalmie à ce qu'on voit si souvent arriver quand la gale s'établit dans un corps de troupes, dans les établissements de bienfaisance, ou partout ailleurs où se trouvent réunis un grand nombre d'individus ayant entre eux des communications assidues. On sait la difficulté qu'on éprouve alors à l'extirper. »

Depuis que ces lignes ont été écrites, la gale a presque disparu des armées; pourquoi? Parce qu'un traitement prompt et facile permet de la combattre dès son apparition, et que des précautions minutieuses s'opposent à sa propagation.

L'ophthalmie des armées disparaîtrait de même dans les mêmes conditions, et alors le prétendu caractère emprunté à sa durée, qu'on invoque aujourd'hui, cesserait d'exister, parce qu'il n'est pas inhérent à la maladie elle-même.

Dois-je m'arrêter à l'argument tiré de ce que les épidémies catarrhales n'épargnent personne, tandis que l'ophthalmie se renferme dans l'état militaire et même plus spécialement dans quelques armes?

Les épidémies de conjonctivites muco-purulentes granuleuses, en tout semblables à celles de l'armée belge, qui, en Asie, sur les côtes de l'Afrique, dans les workhouses de l'Irlande, en Finlande, en Illyrie, etc., règnent exclusivement dans les populations civiles; l'extension de la maladie, en Belgique même, au-delà du cercle de l'armée; les observations nombreuses qui prouvent que les armes auxquelles on attribuait le privilége d'échapper à la maladie y sont soumises comme les autres quand elles se trouvent dans les mêmes conditions, réfutent victorieusement cette assertion, que M. Fallot ne reproduirait plus sans doute aujourd'hui.

Je me trouve également autorisé, je pense, à passer rapidement aussi sur la preuve tirée de ce que, contrairement à ce qui arrive aux malades atteints de catarrhes, c'est le soir que les ophthalmiques sont le moins affectés. L'auteur se réfute lui-même, dans le même paragraphe, en donnant l'explication clinique du fait qui, bien loin de dépendre d'une différence de nature, tient tout simplement à une particularité topographique : les paupières ouvertes pendant le jour permettent l'écoulement du pus au fur et à mesure qu'il se forme; fermées pendant la nuit, elles en produisent l'accumulation, cause d'une irritation plus vive.

Enfin M. Fallot arguë de ce que, dans les affections catarrhales, le froid est nuisible, tandis qu'il s'est personnellement trouvé très bien de son emploi dans l'ophthalmie de l'armée. Mais si je me reporte à cette sage remarque, faite par lui-même à l'occasion de la spécificité, je suis peu disposé à donner une grande importance à ce contraste :

« Les inductions tirées des symptômes et du traitement, dit-il, n'ont qu'une faible valeur, puisque, d'après les circonstances individuelles, les phénomènes pathologiques et les indications thérapeutiques peuvent varier. »

Rien n'est plus vrai, et de même que les affections catarrhales naissent sous l'influence de causes diverses, de même elles sont susceptibles de guérir par les moyens les plus opposés.

Que l'action du froid soit funeste dans le catarrhe bronchique, il n'y a pas lieu de s'en étonner, en raison de l'étendue de la surface malade et de la sécrétion pathologique dont la suppression peut porter un trouble funeste dans le reste de l'économie; dans le cas d'ophthalmie, des dispositions différentes dispensent le praticien de semblables préoccupations, et je ne doute pas que M. Fallot lui-même, s'il l'essayait, ne convînt que le froid présente un égal avantage dans les ophthalmies qui, de son aveu, sont catarrhales, quand elles arrivent à l'état suraigu.

Mais la discussion est toujours bien épineuse sur l'appréciation des agents thérapeutiques, et si je voulais produire un argument de mauvais aloi (car je suis partisan du traitement par les irrigations froides), je n'aurais pas à chercher bien loin pour rencontrer des médecins qui prétendent se trouver mieux de l'emploi de la chaleur, et dont je pourrais opposer l'autorité à la sienne.

Ainsi, si je ne me trompe, les motifs allégués pour établir la séparation des deux espèces d'ophthalmies n'ont pas la valeur qu'on leur a prêtée, et la doctrine de l'identité vous paraîtra, je l'espère, plus évidente et plus solidement établie après la discussion à laquelle nous venons de nous livrer.

Je sais bien qu'une nouvelle doctrine s'efforce encore de la battre en brèche en cherchant un caractère différentiel dans une espèce particulière de granulations, fournissant un virus spécifique. J'avoue humblement que je n'ai pas les connaissances spéciales nécessaires pour la combattre, et je m'en console, après avoir vu dans la séance d'hier que, dans la section à laquelle j'appartiens, elle n'a trouvé qu'un seul défenseur.

Jusqu'à présent, je me suis maintenu rigoureusement sur le terrain choisi par les divisionistes; permettez-moi de les appeler un instant sur le mien; je serai bref.

Je me crois autorisé à avancer cette proposition :

« Les ophthalmies catarrhales et celles dites militaires, reconnaissent les mêmes causes, offrent les mêmes symptômes, la même marche, les mêmes terminaisons, cèdent au même traitement. »

En admettant que deux affections, qu'il est impossible de distinguer l'une de l'autre sous le rapport de la symptomatologie, ne sont pas une seule et même maladie, on crée en pathologie une exception sans analogue. Quelles sont donc en effet les espèces pathologiques qui fourniraient un second exemple de cette singularité? Il y a quelques années on eût cité peut-être le typhus et la fièvre typhoïde, puisque certains médecins, tout en les déclarant différents au fond, admettaient qu'on pouvait les confondre par leurs symptômes; mais quand la lumière se fait dans les sciences, elle a précisément pour premier résultat de montrer que les exceptions ne sont le plus souvent que des faits dont les rapports avec les lois générales n'avaient pas encore été reconnus. Ainsi est-il arrivé pour le typhus et la fièvre typhoïde, et j'en appelle à ceux de mes confrères de l'armée sarde qui assistent à ce Congrès, et qui ont eu comme moi l'occasion d'étudier la question sur le vaste et lugubre théâtre que nous avait ouvert la dernière campagne d'Orient : non-seulement ces deux maladies diffèrent complétement par leurs caractères anatomiques, mais elles ont une symptomatologie parfaitement distincte.

Je le répète, l'exception reste sans analogue dans la science.

Ce n'est pas tout, et je finis par cette remarque, dont je crois ne pas m'exagérer l'importance, en disant qu'elle est décisive : en admettant la dualité des

ophthalmies catarrhale et militaire, on crée non pas seulement une exception, mais, si j'ose m'exprimer ainsi, une monstruosité en pathologie.

Il est un principe incontestable, c'est qu'une affection contagieuse ne peut reproduire qu'elle-même. On ferait plus que s'étonner si un médecin avançait qu'en inoculant la variole il a produit la morve, et qu'il ignore si celle-ci ne donnerait pas lieu à la scarlatine par une seconde inoculation.

Ces assertions étranges sont pourtant une conséquence de la doctrine de la dualité. On les trouve dans les auteurs, et pour qu'on ne m'accuse pas de m'abriter derrière un nom de peu d'autorité, je rapporterai ces lignes empruntées à mon savant compatriote et ami M. Desmarres : il s'agit des granulations conjonctivales.

« Elles ont encore cette singulière propriété de ne pas reproduire toujours exactement la forme de l'inflammation qui leur a donné naissance sur l'individu contaminé le premier, contrairement à ce qu'on observe pour l'inoculation de la variole et de la syphilis.

« Ainsi, une personne est atteinte d'une conjonctivite catarrhale, des granulations se développent sur ses paupières, et après un temps court ou long, sans que son affection prenne de caractère particulier, elle communique à d'autres personnes, vivant dans la même maison, ou l'ophthalmie purulente, ou une simple ophthalmie catarrhale semblable à celle dont elle a été atteinte elle-même, ou de simples granulations (1). »

Ici encore on eût pu croire, il y a quelques années, trouver dans la syphilis un pendant à l'exception invoquée en faveur de l'ophthalmie; mais, comme pour le typhus, l'exception est rentrée dans la règle. On sait aujourd'hui que chaque accident primitif de cette maladie a son produit particulier qui ne peut donner naissance qu'à la forme à laquelle il doit lui-même son existence.

Sous ce nouveau rapport, l'ophthalmie resterait donc encore seule en dehors de la loi générale! Il n'en est rien; vous le savez, Messieurs, l'anomalie n'existe que dans l'interprétation du fait et non dans le fait lui-même.

L'ophthalmie purulente et la catarrhale se reproduisent en effet indistinctement, comme on l'a dit, et comme cela devait être, parce qu'elles ne sont qu'une même affection; et leur identité se trouverait suffisamment établie, à défaut d'autres preuves, par cela seul qu'elles s'engendrent réciproquement.

Mais les preuves abondent, et ces deux maladies, séparées à tort, doivent être nécessairement réunies parce que, comme nous l'avons déjà dit, elles sont dues aux mêmes causes; elles ont les mêmes symptômes, la même marche, les mêmes terminaisons, les mêmes caractères anatomiques; elles se transmettent de la même manière et guérissent par le même traitement; parce qu'enfin, malgré leurs recherches persévérantes, des hommes remarquables par un grand savoir et une vaste expérience, ne sont pas parvenus à leur assigner des caractères vraiment distinctifs.

(1) DESMARRES. *Traité des maladies des yeux.*

RECHERCHES SUR LES GRANULATIONS,

CONSIDÉRÉES COMME ALTÉRATIONS SPÉCIFIQUES

DE L'OPHTHALMIE PURULENTE CONTAGIEUSE (OPHTHALMIE DES CAMPS, DES ARMÉES, OPHTHALMIE GRANULEUSE, BLENNORRHAGIQUE, ETC.)

PAR LE DOCTEUR J. THIRY,

Professeur de pathologie chirurgicale, etc., à l'Université de Bruxelles.

---

§ Ier.

Considérations préliminaires. — Sous le nom d'*ophthalmie égyptiennne, des armées, militaire, purulente, granuleuse*, on a réuni un certain nombre d'altérations fort diverses de la conjonctive, qui n'avaient entre elles aucuns liens de parenté, et auxquelles pourtant on attribuait une cause contagieuse, le même mode de propagation, la même gravité, quoique des conséquences pathologiques souvent très dissemblables et des résultats thérapeutiques désastreux vinssent protester énergiquement contre un tel abus.

Aujourd'hui, nonobstant les efforts tentés pour ramener les esprits à une plus juste appréciation des faits, en discute encore, on ne parvient pas à s'entendre, et la vérité reste méconnue au plus grand préjudice de la science et de l'humanité.

Que l'on ne croie pas que nous exagérions pour donner à nos recherches plus d'importance qu'elles ne comportent; non, il suffit d'ouvrir les annales de la science pour se convaincre de la stricte exactitude de notre appréciation; c'est à peine si, avec beaucoup de bonne volonté, on parvient à s'y reconnaître.

Ainsi, pour les uns, il suffit qu'il y ait une légère exsudation purulente avec quelques inégalités sur la conjonctive pour qu'aussitôt le mot de conjonctivite granuleuse, purulente, contagieuse, soit mis en avant; inutile de dire que, si cet état se rencontre chez un militaire, il prendra, de ce chef, le nom d'ophthalmie militaire, comme il deviendra instantanément une ophthalmie blennorrhagique ou une ophthalmie contagieuse des nouveau-nés, si c'est chez un bourgeois atteint d'urétrite ou chez un jeune enfant qu'on l'observe. Pour d'autres, l'ophthalmie en question a pour conséquence immédiate d'aboutir à la production de ce qu'ils appellent des granulations vésiculeuses ; pour d'autres encore, les granulations sont charnues, calleuses, végétantes, fongueuses, sarcomateuses ou cicatricielles. Nous n'avons pas besoin d'ajouter qu'il n'y a pas plus d'uniformité dans les opinions en ce qui concerne l'étiologie de cette affection si fantasque, si capricieuse; on admet bien qu'elle est contagieuse, mais on cesse d'être d'accord lorsqu'il s'agit de savoir comment elle est contagieuse, et par quelle voie la contagion s'exerce.

D'où provient ce déplorable état de confusion? Nous n'en signalerons pas toutes les sources, mais nous dirons que l'on ne nous paraît pas s'être suffisamment préoccupé de l'étude anatomo-physiologique de la conjonctive à l'état sain. A l'état pathologique, entraîné par des apparences, par des circonstances secondaires, on ne s'est point astreint à indiquer les limites qui séparent cer-

taines altérations de certaines autres ; dans l'étude anatomo-pathologique, on a oublié que, pour rendre cette étude véritablement fructueuse, il fallait tenir compte des causes productrices, il fallait savoir, lorsque cela était nécessaire, remonter à ces causes rien que par l'appréciation exacte de l'altération produite, car on sait qu'il y a toujours concordance entre les causes et les effets.

Les considérations qui précèdent nous démontrent que les véritables intérêts de la science nous font un devoir de rechercher avec soin, au milieu de ces altérations jetées pêle-mêle, ou réunies on ne sait trop pourquoi sous une même dénomination, en quoi consiste cette ophthalmie contagieuse *dite* militaire. Si elle existe, quels en sont les altérations, la cause, les symptômes et le traitement.

Si l'ophthalmie purulente de l'armée est, comme on le dit, contagieuse, elle doit, à moins qu'il n'y ait plusieurs ophthalmies contagieuses différentes, avoir une cause et des lésions morbides sans analogues; elle doit avoir enfin des symptômes caractéristiques et exiger un traitement tout particulier. Si cette proposition est vraie, il est impossible que les altérations nombreuses que l'on a signalées jusqu'ici comme y appartenant, ne constituent point une véritable usurpation. Or, la justice et la science veulent qu'on accorde aux ophthalmies non contagieuses ce qui leur appartient, et que l'on attribue seulement à l'ophthalmie contagieuse ce à quoi elle a le droit de prétendre.

Dans ce travail, nous nous bornerons à une simple exposition des faits; nous les examinerons avec une scrupuleuse attention et, nous gardant de toute idée théorique préconçue, nous ne produirons que les conclusions légitimes qui en découlent. Nous pensons sincèrement que ces faits présenteront sous son véritable jour l'histoire si embrouillée de l'ophthalmie contagieuse, purulente, granuleuse. Ils feront comprendre aussi que c'est abusivement qu'on a attribué une puissance contagieuse à des ophthalmies qui, pour avoir de la gravité, n'en sont pas moins des ophthalmies simples et par leurs causes, et par leurs altérations pathologiques.

Pour arriver à cette conclusion, il nous importe de rappeler, dès l'abord, l'anatomie normale de la conjonctive ; nous exposerons ensuite les altérations pathologiques que cette muqueuse peut présenter à la suite de ses phlegmasies soit simples, soit spécifiques ; enfin, nous terminerons par l'étude de la cause, des symptômes et du traitement de l'ophthalmie contagieuse proprement dite.

§ II.

Anatomie physiologique de la conjonctive. — La conjonctive est une membrane muqueuse qui tapisse la face interne des paupières et la face antérieure du globe oculaire. Elle prend son origine sur le bord libre des paupières, recouvre la face interne ou postérieure de celle-ci, et arrive ainsi au niveau de la base de la cavité orbitaire. Là, elle se réfléchit d'arrière en avant sur la face antérieure du globe de l'œil, en formant un cul-de-sac circulaire qui encadre la sclérotique à la partie moyenne de cette membrane.

En dedans, elle passe sur la face antérieure de la caroncule lacrymale, s'adosse ensuite à elle-même pour aller tapisser la face postérieure de ce même organe et se continuer, en se repliant de nouveau, avec la conjonctive oculaire. Elle se continue également en dedans avec la muqueuse des canaux lacrymaux, et en dehors avec celle qui pénètre dans les conduits excréteurs de la glande lacrymale.

La conjonctive est composée de deux couches. L'une, superficielle, est con-

stituée par un épithélium pavimenteux, excepté dans le repli oculo-palpébral où, selon quelques auteurs, il devient vibratile ; l'autre, profonde, est de nature celluleuse ; elle disparaît au niveau de la cornée. La conjonctive est unie aux parties sous-jacentes par du tissu cellulaire, serré au niveau des cartilages tarses, moins dense dans le repli oculo-palpébral, moins dense encore sur la sclérotique, de sorte que son adhérence aux organes sous-jacents est d'autant moins intime qu'elle s'éloigne plus de son point de départ.

Au premier aspect, la conjonctive paraît parfaitement lisse ; cependant, un examen attentif y fait découvrir de petites aspérités dispersées en avant des cartilages tarses, nombreuses surtout vers le grand angle de l'œil. Ces saillies, appelées *papilles,* diminuent de nombre et de volume à mesure qu'on s'approche du cul-de-sac conjonctival où elles finissent par ne plus être perceptibles.

C'est dans ces papilles que viennent se terminer les extrémités nerveuses qui se rendent à la conjonctive, et qui lui assurent sa sensibilité tactile.

Si l'on tient compte de ces petits corpuscules, qui sont d'une sensibilité excessive, et des nombreux vaisseaux sanguins de la conjonctive palpébrale, on ne s'étonnera plus ni de leur congestion, ni de leur inflammation, ni de leur hypertrophie si faciles, et que l'on rencontre dans une foule de circonstances les plus ordinaires, dépendant soit de la constitution, soit du tempérament, soit de circonstances morbides antérieures, et l'on se gardera bien, dorénavant, de considérer cet état papillaire, inflammatoire ou hypertrophique, comme un élément pathologique de l'ophthalmie contagieuse ; on se gardera bien d'invoquer un tel fait comme capable de prouver que l'on peut avoir anatomiquement le germe d'une semblable maladie, quoique l'on n'ait jamais été soumis à l'action virulente de la cause de l'ophthalmie contagieuse.

Dès 1849, dans l'examen minutieux que nous fîmes de la conjonctive, nous signalâmes l'existence d'une double rangée de follicules, disposées parallèlement, au nombre de dix à vingt-cinq, dans le repli oculo-palpébral. Plus tard, M. Sappey vint confirmer l'existence de ces glandes, destinées par leur sécrétion à favoriser l'ampliation de la conjonctive palpébrale sur la conjonctive oculaire. La description de M. Sappey fut en tout point conforme à celle que nous avions donnée. Ce sont des follicules analogues aux glandes mucipares des autres muqueuses. Ils sont tantôt simples, tantôt bilobés ; dans ce dernier cas, un seul canal excréteur répond à deux cavités folliculeuses en forme de bouteille. A l'état normal, ils sont difficilement appréciables à l'œil nu. Il suffit cependant d'exécuter une douce compression à la base de l'orbite pour les voir apparaître, et même pour en voir sortir le liquide muqueux qui sert à lubrifier la conjonctive. Ils se présentent, au point de vue de leur volume, dans des conditions variables suivant les sujets, les constitutions et les tempéraments. Nous en avons vu d'un volume assez considérable, sans qu'ils troublassent le moins du monde les fonctions oculo-palpébrales. Toutefois, les sujets d'une telle observation offraient ordinairement, le matin, une concrétion muqueuse dans le grand angle de l'œil. Il se produit dans la conjonctive ce qui arrive dans toutes les muqueuses, qui peuvent varier par l'abondance de leur sécrétion sans constituer un état morbide. C'est ici simplement une grande activité fonctionnelle, qui s'observe surtout bien chez les personnes lympathiques ou scrofuleuses, et chez celles qui fatiguent habituellement l'organe de la vision.

Nous croyons qu'il est inutile d'attirer plus longtemps l'attention des ophthalmologistes sur ces deux éléments de la conjonctive, les papilles et les

ollicules, dont la connaissance est indispensable pour bien se rendre compte le ce que nous allons dire. Ceux qui voudront se convaincre de la présence de es papilles et de ces follicules ne tarderont pas à les découvrir bien dévepoppées chez l'un ou l'autre sujet qui fera l'objet de leur examen, et qu'ils sauont choisir d'après les préceptes que nous avons indiqués. Ils le découvriront our peu qu'ils mettent de bonne volonté dans leurs recherches, qu'ils n'obervent pas avec des idées préconçues, et qu'ils ne veuillent pas, de propos élibéré, sacrifier la vérité à l'erreur. Nous avons eu l'occasion de montrer à n grand nombre de membres du Congrès ces papilles et ces follicules, chez lusieurs malades qui se trouvaient dans nos salles, à l'hôpital Saint-Pierre : ous n'avons donc plus à insister sur l'existence d'éléments anatomiques qui sont aujourd'hui du domaine de l'anatomie descriptive de l'œil sain.

Le système vasculaire de la conjonctive est très fin et très abondant; la sensibilité y est aussi très grande. Ces deux conditions anatomiques réunies endent cette membrane excessivement sensible aux agents extérieurs, et font u'elle s'enflamme avec la plus grande facilité. On conçoit qu'en raison de ces onditions les inflammations conjonctivales arrivent aisément aux différentes onséquences qui découlent de toute phlegmasie.

§ III.

Anatomie pathologique dans les cas d'inflammations simples non spécifiques.— Nous connaissons l'anatomie normale de la conjonctive, voyons-en l'anatomie athologique. Étudions d'abord les modifications qu'elle peut subir sous influence des causes irritantes les plus simples, les plus vulgaires. Nous vons déjà fait ressortir que les papilles et les follicules de la conjonctive euvent présenter des conditions variables de volume et d'activité fonctionelle, sans qu'on soit en droit d'en déduire un état pathologique. Il peut y voir là, sans doute, une prédisposition favorable à subir l'influence des causes rritantes qui agissent sur l'œil, mais on n'est pas en droit, comme on l'a fait, l'y voir un élément pour ainsi dire naturel, congénial, d'affection contagieuse, uelles que soient les circonstances dans lesquelles se trouve l'individu, et la osition sociale de celui-ci. On est encore moins en droit de considérer une xagération anatomo-physiologique comme un élément pathologique, auquel orrespondrait ce que l'on est convenu d'appeler des granulations sèches on sécrétantes.

Sous l'influence des causes irritantes ordinaires, sans qu'il puisse être quesion du moindre virus, ou, comme on se plaît à le dire, du moindre principe ontagieux, la conjonctive peut s'enflammer dans la totalité des éléments qui a composent, avec prédominance de l'un ou de l'autre de ces éléments, suiant certaines conditions que nous avons déjà signalées. Dans d'autres circontances, au lieu de s'enflammer dans l'ensemble de ses parties constituantes, lle ne s'enflamme que dans quelques-unes, et même dans une seule d'entre lles. Cela se comprend fort bien par le fait d'une sensibilité plus grande, qui end plus susceptibles d'être influencées par les agents extérieurs les parties uxquelles est dévolue cette sensibilité. Ainsi, qu'une cause irritante ordinaire gisse sur une conjonctive douée d'une grande sensibilité, c'est évidemment organe, agent matériel de cette sensibilité, qui en ressentira les premiers ffets. Les papilles se congestionneront, s'enflammeront, s'hypertrophieront même, pour peu que l'action étiologique soit persistante et continue. Qu'une ause irritante ordinaire agisse sur un sujet lymphatique, chez un sujet où l'habitude les sécrétions muqueuses sont abondantes, chez lequel conséquem-

ment, à l'état normal, les glandules du repli conjonctival sont plus ou moins développées, on verra souvent, soit en dehors de toute participation du reste de la conjonctive, soit concurremment avec ses autres éléments, les follicules muqueux se congestionner, s'enflammer, s'hypertrophier. Si l'inflammation de ces follicules est poussée jusqu'à sa dernière limite, il se produira une sécrétion muqueuse ou muco-purulente plus ou moins abondante. On aura ainsi l'expression la plus nette de ce que l'appréciation exacte de la valeur de ce fait forcera d'appeler *ophthalmie catarrhale suraiguë* avec exsudation muqueuse ou muco-purulente, et que nous appellerions avec plus de justesse *conjonctivite folliculeuse* suraiguë avec mucorrhée ou pyorrhée.

Est-il possible de voir dans ces états pathologiques, si graves et si dangereux qu'on les suppose, autre chose qu'une conjonctivite simple avec développement papillaire dans le premier cas; qu'une conjonctivite simple avec développement folliculeux dans le second? Cependant, il y a ici des éminences, des aspérités sur la conjonctive, il y a ce que les auteurs ont appelé *granulations papillaires* ou *charnues*, et ce qu'ils ont appelé *granulations vésiculeuses*: vaines appellations, car on ne verra jamais dans ces prétendues granulations qu'un développement pathologique simple d'éléments normaux de la conjonctive. Et à propos des granulations vésiculeuses, qualification dont on a gratifié les follicules enflammés, suppurants, hypertrophiés, faisons remarquer que l'on aurait pu être plus exact, en désignant ces granulations sous le nom de *folliculeuses*. On n'a jamais vu nulle part des vésicules pourvues d'un canal et d'un orifice excréteurs, et sur une muqueuse moins que partout ailleurs; car tout le monde sait qu'une vésicule est produite par un soulèvement épidermique; et que, sur une muqueuse, ce soulèvement épithélial produit un aphthe, une pustule ou une phlyctène.

Nous avons dit plus haut que la conjonctive, sans être dominée par une diathèse ou par une puissance contagieuse, peut s'enflammer dans la totalité de ses éléments anatomiques C'est là une vérité banale, admise par tout le monde. Or, cette inflammation simple, une fois établie dans la conjonctive, peut passer par toutes les phases que cette inflammation présente dans les autres organes, dans les autres tissus. Ainsi, d'abord les vaisseaux se congestionneront, offriront à la vue un lacis de plus en plus serré, d'un rouge vif, uniforme. — Il y aura de la douleur, du gonflement, de la chaleur; il se produira un chémosis dont l'intensité variera. Au début de la phlogose, l'œil était sec, plus tard il devient larmoyant; les larmes sont chaudes, brûlantes. Que la phlegmasie fasse un pas de plus; que le tissu cellulaire sous-jacent s'engorge; que l'épithélium trop distendu par la tuméfaction se détache, soit éliminé, on verra aussitôt la surface conjonctivale se recouvrir d'un muco-pus abondant, épais, opalin, blanchâtre, provenant, d'une part de la surface érodée, de l'autre des follicules dont la sécrétion est modifiée et exagérée; ce muco-pus, véritable produit inflammatoire, s'accumulera dans le repli conjonctival et s'échappera par le grand angle de l'œil. — L'épithélium, au lieu d'être éliminé par exfoliation, et de laisser à sa place une érosion, peut se soulever, donner lieu à la production d'aphthes, de phlyctènes, de pustules; si ces formes inflammatoires aboutissent à un état ulcératif, d'emblée une sécrétion purulente s'établit, elle dure jusqu'à ce que la cicatrisation arrive à la suite de la résolution de la conjonctivite. — Voilà bien des cas de conjonctivite purulente. Dira-t-on que ce sont là autant de conjonctivites contagieuses? Mais si l'on admettait une semblable conclusion, on n'aurait aucun motif pour refuser cette même puissance contagieuse aux inflammations qui peuvent envahir les autres muqueuses : muqueuses nasale, gutturale, buccale, urétrale, vaginale,

par exemple. On ne l'ignore pas, les diverses muqueuses, en s'enflammant, sont susceptibles de passer par tous les degrés et par toutes les formes phlegmasiques que nous venons d'indiquer en parlant de la conjonctivite. Eh bien, la raison nous dit qu'on ne doit pas voir dans de telles conditions des ophthalmies contagieuses, mais se borner à constater ce qui existe réellement, c'est-à-dire des ophthalmies simples, que l'on pourra, si l'on tient à être précis et exact dans son langage, qualifier d'après la forme qu'elles affectent, ou les complications qu'elles subissent, des désignations suivantes : ophthalmies simples, purulentes, pustuleuses, aphtheuses, phlycténoïdes, ulcéreuses, etc.

Dans la période de réparation, l'inflammation de la conjonctive donne lieu à la formation d'éléments particuliers, qui ont pu en imposer aux praticiens peu attentifs ou peu soucieux d'analyser les altérations pathologiques qu'ils avaient sous leurs yeux. Nous voulons parler de ces productions variées qui prennent tantôt la forme végétante, tantôt la forme fongueuse, d'autres fois la forme calleuse, d'autres fois encore la forme sarcomateuse, et dont on a profité pour créer les granulations fongueuses, végétantes, calleuses et sarcomateuses.

Quand une phlegmasie existe, quand surtout elle s'est emparée des tissus avec intensité, énergie, il arrive, et particulièrement dans le tissu muqueux, que les surfaces enflammées s'érodent; or, la nature est essentiellement réparatrice : du moment que cette érosion, cette ulcération n'est plus entretenue par un vice local ou général, du moment que le cortége des accidents inflammatoires tend à disparaître, on voit aussitôt surgir des tendances réparatrices. A cet effet, les capillaires sanguins de la partie érodée laissent échapper une exsudation fibrino-albumineuse qui va s'organiser. — Dans certaines circonstances, cette exsudation est surabondante; si l'art n'intervient pas pour réprimer cet excès de vitalité, on ne tarde pas à voir l'exsudat déposé sur la muqueuse, sous forme d'une mince couche blanchâtre, être pénétré par des vaisseaux très déliés, s'organiser, se développer parfois très considérablement, et apparaître sous la forme de tumeurs vasculo-celluleuses, d'une coloration rosée, lisse, ou bien présentant à leur surface de petits mamelons inégaux, desquels ne s'échappent, même par le frottement, aucune goutte de sang, et que l'on a comparés à la surface d'une fraise ou d'une framboise ; c'est la végétation. Dans d'autres circonstances, le travail réparateur se pervertit; les bourgeons charnus existent; mais, au lieu de se réunir pour aboutir à une cicatrisation régulière, ils tendent à s'isoler et à se constituer en individualités pathologiques; ils se développent pour leur propre compte, restent mous, spongieux, proéminents; leur vascularité est exagérée, ils saignent facilement, et provoquent par leur présence une hypersécrétion muqueuse dans les parties contiguës ; ce sont les fongosités.

Dans d'autres circonstances encore, sur les bords d'une surface érodée, ulcérée, les bourgeons charnus deviennent durs, secs, résistants ; ils subissent une véritable hypertrophie, ce sont des callosités. Enfin, quelquefois ces productions anormales sont indolores, ne sécrètent aucun suc particulier et offrent la couleur et la consistance des muscles de la vie organique; cette particularité leur a valu le nom de bourgeons sarcomateux. Voilà ce que révèle l'observation, quel que soit le siége où ces éléments se rencontrent. Eh bien, certains auteurs, apparemment parce qu'ils les ont rencontrés sur la conjonctive, les ont appelés granulations végétantes, fongueuses, calleuses et sarcomateuses, attribuant ainsi à une cause spécifique contagieuse, des altérations simples que l'on voit se manifester dans les circonstances morbides les plus ordinaires, les plus vulgaires.

Allons plus loin : supposons que, sous l'influence d'une diathèse, soit la

diathèse scrofuleuse, il survienne une ophthalmie. La conjonctive s'injecte plus ou moins fortement, son épithélium se soulève, des pustules, variables en nombre et en volume se forment, crèvent et s'ulcèrent; du pus s'épanche dans la cavité de la conjonctive fermée par le blépharospasme que provoque la photophobie. Il s'en épanchera surtout une grande quantité si l'inflammation est intense et les pustules nombreuses, et si l'on ne joint à des soins locaux appropriés une médication générale anti-scrofuleuse. — Voilà une nouvelle ophthalmie purulente. Osera-t-on dire qu'elle est contagieuse? Qu'on recueille ici, comme dans les cas que nous avons déjà mentionnés, et où il y avait mucorrhée ou pyorrhée, le pus exsudé par la conjonctive malade; qu'on le dépose sur la conjonctive d'un œil sain, ou sur toute autre muqueuse, et l'on ne déterminera aucun autre accident que ceux qui pourraient être la conséquence de la présence du premier corps irritant venu, placé dans la même position; c'est-à-dire une inflammation simple, qui ressemblera peut-être à celle dont elle dérive, s'il y a quelque prédisposition à ce qu'un tel effet se déclare, mais qui pourra aussi fort bien ne pas y ressembler. Ainsi, si l'on prend du pus provenant d'une ophthalmie scrofuleuse et qu'on le dépose sur la conjonctive saine d'un autre individu scrofuleux, le résultat de ce dépôt irritant pourra en définitive être scrofuleux, sans que l'on puisse invoquer ce fait comme une preuve de la contagiosité de ce pus et de l'altération où il puise sa source; car, si l'on retranche la scrofule, et que le sujet de l'expérience soit transformé en un individu d'une constitution robuste, on n'aura plus à observer qu'une lésion ordinaire. Jusqu'ici nous n'avons encore rencontré ni des conjonctivites contagieuses, ni des altérations spécifiques qui attestent la contagion; la raison en est bien simple, c'est que, malgré nos nombreuses recherches, nous n'avons pas découvert dans les diverses variétés de conjonctivites qui nous ont occupé les caractères si tranchés qui sont l'apanage exclusif des maladies contagieuses. Pour qu'un état pathologique soit de nature contagieuse, il faut qu'il relève d'une cause qui s'éloigne des causes simples; il faut que les effets en soient constants, invariables, exceptionnels et toujours identiques à eux-mêmes. Ne peut jamais être contagieuse une cause, quelque énergique qu'elle soit, qui aboutit à une altération simple; et une altération vulgaire ne peut logiquement être attribuée à une cause virulente contagieuse. Il faut donc, et cela résulte de ce qui précède, s'il y a une ophthalmie contagieuse, qu'elle se caractérise immédiatement et toujours par une physionomie toute spéciale, par des altérations pathologiques sans analogues, et par une cause qui soit en concordance avec la spécificité de ces altérations. Voilà ce que la raison nous fait pressentir, et ce pressentiment sera confirmé par les faits et l'expérimentation.

§ IV.

Conditions d'existence d'une ophthalmie contagieuse. — Il ressort de tout ce que nous avons dit jusqu'à présent, que l'on n'a aucun droit à attribuer une puissance contagieuse aux produits des nombreuses ophthalmies que nous avons analysées. On ne peut pas, avec plus de raison, regarder comme spécifiques les altérations morbides qu'elles développent. Si l'on a considéré la purulence de certaines conjonctivites comme une preuve de l'existence de cette propriété contagieuse, si l'on a été jusqu'à désigner comme des granulations spécifiques, les altérations les plus dissemblables, les plus simples, les plus vulgaires, au point de vue de leur constitution anatomique, c'est que l'on s'est laissé entraîner par les apparences, par l'habitude, par des

antécédents non contestés jusqu'à cette époque ; on a consacré de la sorte un état scientifique arbitraire, contre lequel protestent la raison mieux éclairée et les faits mieux observés.

Une ophthalmie contagieuse ne réclame aucune prédisposition particulière pour se développer ; elle est renfermée toute entière dans son principe ou plutôt dans son virus, tout le reste n'est qu'accessoire. Ainsi, elle doit s'établir chez l'enfant comme chez l'adulte, chez l'homme fait comme chez le vieillard ; elle doit envahir le monde civil comme le corps militaire. Sa cause renferme en elle toute sa puissance d'action et tous les éléments des altérations qu'elle doit susciter dès qu'elle est déposée sur un terrain convenable ; il est évident que, dans l'occurrence, ce terrain étant les membranes muqueuses, cette cause virulente ne pourra pas se borner à agir exclusivement sur certaines membranes muqueuses, sur la conjonctive par exemple, mais qu'elle pourra aussi étendre son action à d'autres muqueuses qui lui offriront des conditions analogues. On résistera parfois à cette cause comme à toutes les autres ; mais cette résistance, cette immunité proviendront le plus souvent d'une puissance neutralisante qu'il faut rechercher ailleurs que dans des prédispositions organiques.

Que la conjonctive soit lisse, polie, normale enfin, ou bien qu'elle présente des papilles et des follicules engorgés, hypertrophiés, la situation sera identique au point de vue de la cause contagieuse. Dans l'un et l'autre cas, elle agira de la même manière et aboutira aux mêmes conséquences. Celles-ci, une fois développées, ne laisseront même pas deviner si la conjonctive était lisse d'abord, ou si elle offrait des papilles ou des follicules hypertrophiés. Dans l'un et l'autre cas encore, les symptômes de la conjonctivite contagieuse pourront avoir un degré différent de gravité, suivant l'énergie que la cause spécifique aura déployée, suivant la plus ou moins grande sensibilité individuelle ; mais il n'y a rien là qui doive faire conclure à une prédisposition à l'égard de l'ophthalmie contagieuse ; c'est tout simplement la sanction de cette loi générale qui veut que les causes des maladies agissent différemment, sous certains rapports, d'après la constitution et les tempéraments des sujets. — Les uns cèdent à ces causes, on ne sait pas toujours pourquoi, les autres y résistent, on n'en connaît pas mieux la raison. — Quand une cause contagieuse a agi, toujours ses altérations spécifiques sont les mêmes, peu importe leur siége, — ici l'identité est absolue.

Telles sont, en résumé, les conditions d'existence d'une maladie contagieuse ; s'il y a une ophthalmie contagieuse méritant réellement ce nom, on doit de toute nécessité retrouver ces mêmes conditions. Eh bien ! l'ophthalmie contagieuse existe avec sa cause virulente et ses altérations spécifiques ; cette ophthalmie, c'est la conjonctivite purulente granuleuse. C'est à l'examen scrupuleux de cette ophthalmie que nous allons consacrer les paragraphes suivants. Notre travail sera d'autant plus facile que le chemin est déblayé, et que la moindre équivoque comme la moindre confusion sont devenues à peu près impossibles.

§ V.

Anatomie pathologique de l'ophthalmie granuleuse, purulente, contagieuse ; symptômes de cette affection. — Dans la première journée et dès les premières heures qui suivent l'application du virus granuleux sur la conjonctive, on remarque que les vaisseaux sanguins se congestionnent et apparaissent en nombre très considérable. Cet état hypérémique ne se remarque d'abord que

dans le tissu conjonctival; peu à peu le mouvement fluxionnaire gagne; les ner vures vasculaires se gorgent d'un sang rutilant, se rapprochent et finissent p: se confondre pour ne plus laisser apparaître qu'une surface d'un rouge vif un forme. Ce phénomène ne se borne pas à la conjonctive palpébrale, il envah aussi la muqueuse oculaire. En même temps qu'il s'établit, le tissu cellulair sous-muqueux se gorge également de sang; les veines qui rampent dans l'inte rieur des paupières participent à cette injection, et l'on peut suivre sous l peau la trace de ces vaisseaux. Cette particularité anatomique exprime l'in tensité, la violence de la phlegmasie, poussée dès l'abord à ses extrêmes lim tes. Tandis qu'elle s'effectue, la conjonctive se boursouffle et suit comme el une marche ascendante; ce boursoufflement va tellement loin que le rappro chement des bords libres des paupières devient presque impossible. Le tiss cellulaire sous-muqueux s'infiltre, il s'y dépose des liquides plastiques abon dants. L'épithélium s'exfolie, se détache: la phlegmasie est à son apogée. Qu va-t-il advenir?

Tandis que l'épithélium s'élimine, que la surface conjonctivale, lisse polie d'abord, perd ces qualités, il s'opère une exsudation fibrino-albumineus sur la conjonctive. Cette exsudation s'organise aussitôt sur toute l'étendue d la surface de la muqueuse palpébrale, qui se transforme de la sorte et s recouvre de petites saillies très serrées, très abondantes, vers le cul-de-sa palpébro-oculaire. Ces petites saillies, d'un rouge amaranthe très prononc sont imbriquées les unes dans les autres par le fait de leur inclinaison ver le grand angle de l'œil; elles sont évasées à leur base, acuminées à leur som met. Elles sont brillantes, reflètent la lumière et offrent un aspect miroitan caractéristique. Quand on les redresse en passant à rebrousse poil sur leu sommet incliné, on voit qu'elles sont séparées par de petits sillons qui s'inte sectent dans tous les sens, et qui sont remplis d'abord d'une sérosité san guinolente qui cède rapidement la place à un pus blanc-jaunâtre, homogène bien lié et excessivement abondant; la moindre pression, le moindre frotte ment exercés sur ces petites aspérités en font aussitôt sortir un sang vermei qui s'étend en nappe sur les parties environnantes, conséquence de la forc du mouvement fluxionnaire permanent, caractéristique de l'état granuleux. Ce aspérités, que nous ne désignerons plus désormais que sous le nom de *granu lations*, sécrètent, à partir du moment de leur apparition, le pus qui baign constamment leur surface et qui remplit les sillons qui les séparent. Cett sécrétion purulente est continue, fatale et pathognomonique. Le pus s'échapp sous forme de gouttelettes par le grand angle de l'œil, lubrifie les ailes du ne les joues qu'il irrite, qu'il corrode souvent, tellement, en dehors de sa pro priété virulente spécifique que nous démontrerons, sa puissance irritante e grande et son âcreté extrême. L'action de ce pus sur le globe oculaire est des tructive, et le patient en supporte avec peine le contact.

A cette période du mal, la conjonctive n'est plus reconnaissable; sa surfac envahie par les granulations, offre un aspect qui ressemble assez, par la di position qu'affectent les granulations, à celui des pavés des rues; on r retrouve plus à l'état aigu aucune trace d'épithélium, et l'on rechercherait va nement dans une conjonctive ainsi transformée les éléments qui constituent s papilles et ses follicules.

Lorsque les granulations sont bien établies, lorsque dans leurs nombreu sillons d'intersection on retrouve le pus virulent qu'elles ne cessent d'exsude leur sommet, d'un rouge très vif, ressort énergiquement sur le fond de conjonctive granuleuse, rendue jaunâtre par la présence du liquide purulen Les granulations semblent se pénétrer l'une l'autre; elles sont imbriquée

enchevêtrées par leur base; c'est ce qui leur donne cette uniformité, cette régularité remarquables que l'on ne retrouve ni dans les végétations, ni dans les bourgeons calleux, fongueux, ni dans les prétendues granulations vésiculeuses, qui ont cependant été considérées comme le prototype de l'affection granulée.

La conjonctive oculaire participe immédiatement à cette violente phlogose; dont la puissance transformatrice est si radicale : un chémosis considérable se produit, dépasse souvent les limites de la cornée, enchâsse l'œil, le comprime et peut même le faire éclater dans les vingt-quatre heures, au milieu des douleurs les plus cruelles. Le chémosis, ici, n'est qu'un accident consécutif, il ne procède pas directement de la spécificité du virus granuleux. Il peut se présenter à l'observateur sous deux formes distinctes, dont la signification est assez intéressante à connaître. Le chémosis peut être d'une rougeur excessive, sa nature alors est inflammatoire; dans ce cas, il est la conséquence d'une conjonctivite granuleuse, très violente sans doute, mais dont le mode inflammatoire n'a pas dépassé en intensité toutes les limites. Il peut être œdémateux; dans ce cas, les accidents inflammatoires sont arrivés à leur apogée, la circulation est interrompue, la conjonctive oculaire devient œdémateuse et acquiert quelquefois un volume énorme. Ces deux variétés de chémosis se succèdent et se remplacent très souvent, selon que l'inflammation granuleuse suit une voie ascendante ou une voie descendante; et, comme il arrive ordinairement que l'affection granuleuse, après avoir paru céder, se réveille ensuite sans motif apparent avec une nouvelle énergie, on voit ces deux variétés de chémosis alterner un certain nombre de fois pendant la durée d'une ophthalmie.

Le tissu cellulaire sous-conjonctival s'épaissit, il s'infiltre d'exsudats plastiques; de là, le phénomène pour ainsi dire constant, dès que l'ophthalmie a quelques jours de date, de l'augmentation plus ou moins considérable de l'épaisseur totale de la paupière.

Le cartilage tarse est soulevé, il bascule en prenant son point d'appui sur son bord adhérent. Cette disposition occasionne un ectropion accidentel qui facilite le renversement de la paupière.

Les granulations peuvent acquérir de grandes dimensions, constituer de véritables paquets, parfois mous, parfois durs, selon l'ancienneté du mal, et agir contre le globe oculaire en vrais corps étrangers—nous avons, au moment où nous écrivons, dans nos salles à l'hôpital Saint-Pierre, une femme atteinte d'ophthalmie granuleuse; les granulations ont un tel développement que, quand on renverse les paupières, elles se précipitent comme de véritables paquets au devant du globe oculaire, et l'on ne parvient que difficilement à les refouler pour remettre les paupières en place.

La cornée devient malade consécutivement; en d'autres termes, les altérations kératidiennes n'ont rien de spécifique; elles sont la conséquence de la violence de la phlegmasie spécifique. Par le fait de l'inflammation qui l'envahit, de la compression qu'elle éprouve, elle se ramollit, s'ulcère et se crève. Les suites immédiates de cette grave complication sont une kératocèle plus ou moins volumineuse, constituée par la lame profonde de la cornée, puis la rupture de cette tumeur, l'épanchement au dehors de l'humeur aqueuse, le staphylôme de l'iris, le déplacement du cristallin, l'inflammation de l'œil en masse, sa suppuration, sa destruction totale; tels sont les phénomènes qui se présentent dès les premiers jours de l'invasion de l'ophthalmie granuleuse suraiguë.

D'après les micrographes qui ont examiné les granulations, elles naissent

d'un exsudat plastique qui s'organise pour former d'abord des cellules; bientôt, par leur allongement, ces cellules donnent naissance à des fibres qui comme l'a prouvé un de nos anciens élèves, se disposent parallèlement dan chaque granulation; cellules et fibres soutiennent un lacis vasculaire excessi vement riche et serré qui les alimente, et qui n'est qu'un prolongement, de nouvelle formation, des capillaires de la conjonctive. Quand l'élément celluleux prédomine, les granulations sont molles, dépressibles, et si l'on tenait à leur donner un nom en rapport avec leur structure, on les appellerait *granula tions cellulo-vasculaires;* ces granulations se rencontrent surtout dans les oph thalmies contagieuses récentes. Dans celles qui sont anciennes, résistantes, le tissu fibreux prédomine; les granulations deviennent plus dures, plus fermes elles acquièrent un volume plus grand; le travail d'exsudation purulente est moins actif, sans que le pus exsudé cesse pourtant d'être contagieux; elles peuvent prendre alors le nom de *granulations fibro-vasculaires.*

Lorsque les granulations sont anciennes, outre leur augmentation de volume et de consistance, on peut encore y reconnaître les caractères suivants : leur base s'élargit, semble s'implanter profondément et croiser la direction d'autre ranulations; leur sommet, d'acuminé qu'il était à l'état aigu, s'arrondit, de vient mousse. Les sillons qui les séparent sont plus larges; elles offrent parfoi l'aspect d'une rape à aspérités émoussées, elles saignent moins facilemen qu'à leur première période, quoique la pression provoque encore un mouve ment fluxionnaire énergique; çà et là, on rencontre quelques cellules épithé liales; elles sont isolées, n'ont qu'une existence éphémère, et ne tardent pa à se détacher du tissu granuleux, parce que ce terrain est impropre à leu complète évolution. La couleur des granulations chroniques diffère de cell des granulations aiguës; elle n'est plus aussi concentrée, aussi amaranthe parfois même elles ont un reflet plombé, comme œdémateux, ainsi que nou pouvons le constater actuellement chez une femme granuleuse que nous avon en traitement à l'hôpital; mais cette teinte plombée, œdémateuse, ne tarde pa à disparaître; si l'on excite ces granulations par la pression et par le frottement elles ne tardent pas à se congestionner violemment et à reprendre momenta nément leur coloration primitive. Lorsquelles sont arrivées à cet état d chronicité, l'exsudation purulente n'est pas tarie, mais elle est peu active c'est à peine si, de temps en temps et surtout le matin, on en recueille un goutte dans le grand angle de l'œil. Qu'on ne s'y trompe pas toutefois : l pus, en quantité si minime, ne cesse pas d'être contagieux, et nous l'avons vu malgré son innocuité apparente, déposé sur des conjonctives saines, suscite des ophthalmies contagieuses redoutables; quoiqu'à la suite d'une ophthalmi granuleuse, il se produise souvent des pannus dont la guérison est éminemmen difficile, il peut se faire aussi que tout semble rentrer dans l'ordre, que le fonctions visuelles s'exécutent à peu près normalement. Qu'on se méfie, ca ce n'est là souvent qu'un état trompeur; en effet, qu'on observe scrupuleuse ment, et l'on constatera que, tous les matins, il s'accumule un peu de pus dan le grand angle de l'œil, que les vaissaux sclérotidiens se congestionnent san motif apparent, et si l'on renverse bien les paupières, qui ne cessent pa d'être injectées, si on les attire vers soi, on apercevra, surtout à la paupièr supérieure sous l'orbite, de petits paquets granuleux qui ont échappé à l'actio des agents thérapeutiques; ces paquets granuleux sont cause de ces singu larités pathologiques; ils suffisent pour faire récidiver une ophthalmie granu leuse, juste au moment où on la croyait guérie. Dernièrement, nous avons ét témoin d'un cas de l'espèce : nous croyions un malade guéri; quinze jour après, il rentrait dans nos salles avec une ophthalmie granuleuse suraiguë

nous reconnûmes que cette récidive était due à ces paquets granuleux sous-orbitaires, que nous avons appelés *granulations latentes.*

Les granulations véritables ont encore un autre cachet particulier, c'est qu'elles sont excessivement tenaces et rebelles à l'action des agents modificateurs les plus puissants. Vous croyez les avoir détruites soit avec la pierre infernale, soit avec tout autre caustique ; le lendemain, c'est à peine si vous pouvez vous apercevoir que l'on s'est servi de ces caustiques ; il faut cautériser souvent, profondément, pour en venir à bout; à leur résistance, il faut opposer l'obstination de l'homme prudent mais convaincu. Il faut aussi que la destruction des granulations soit complète, car il suffit qu'une seule échappe, pour être, ou pour devenir le point de départ d'une nouvelle invasion granuleuse.

Il y a encore une singularité qui mérite d'être notée dans le mode de développement et dans la marche des granulations, et que l'on ne rencontre que dans l'ophthalmie granuleuse contagieuse. Généralement l'ophthalmie granuleuse éclate avec le cortége d'accidents redoutables que nous avons signalé ; les accidents purement inflammatoires marchent de pair avec les accidents spécifiques ; ce n'est que quelques jours après ce début, lorsque la violence phlegmasique s'est un peu apaisée, que l'on reconnaît bien les granulations ; mais, quelquefois, les choses se passent autrement, sans que l'on puisse en entrevoir la raison : le début de l'ophthalmie est moins éclatant, les granulations s'établissent très tranquillement, la muqueuse subit plus lentement cette transformation; ce n'est que quelques jours après que surgissent les symptômes violents que nous avons relatés.

Pendant la durée d'une ophthalmie granuleuse virulente, il n'est pas rare non plus d'observer des alternatives d'exacerbation et de rémission ; parfois l'on serait tenté de croire que le mal s'amende et veut disparaître, mais tout à coup il reprend, au moment où l'on s'y attendait le moins, une nouvelle activité.

Les granulations, et nous croyons désormais que c'est chose jugée, sont donc des produits de nouvelle formation, qui transforment radicalement la muqueuse conjonctivale comme toutes les muqueuses sur lesquelles on peut les rencontrer. Ces granulations, avec le temps, peuvent subir des modifications profondes, devenir fongueuses et sarcomateuses, etc.

Si nous résumons ces faits anatomiques, que nous avons recueillis avec le plus grand soin, nous y reconnaîtrons quelque chose d'insolite, d'exceptionnel; il n'y a aucune analogie avec ce que nous avons exposé dans les paragraphes précédents. En effet, le début rapide de l'affection après l'application de la cause, le caractère redoutable immédiat de la phlegmasie, l'organisation fatale, presque instantanée d'un tissu néoplastique spécial, qui transforme radicalement la conjonctive tant dans son ensemble que dans chacun de ses éléments ; la production inévitable du pus suivant immédiatement, constamment et en dehors des lois de la suppuration ordinaire, l'apparition de ce tissu sans analogue ; la violence et la persistance du mouvement congestionnaire et phlegmasique ; la destruction constante de l'épithélium conjonctival, enfin la tenacité de l'affection et sa résistance à toute thérapeutique qui n'aboutit point à l'anéantissement complet du tissu granuleux, démontrent que ce n'est pas là une affection ordinaire, qu'une cause vulgaire, aussi puissante qu'on puisse l'imaginer, soit capable de produire. — L'agent le plus irritant causera peut-être une inflammation intense, purulente, destructive, mais n'aboutira jamais à la formation du tissu granulé.

Nous n'ignorons pas que, dans leur organisation intime, on rencontre les mêmes éléments constitutifs que dans une foule d'altérations, dans le bourgeon

charnu par exemple. Nous n'avons pas la prétention d'avoir découvert dans l'analyse que nous avons faite des granulations, des choses inouïes, impossibles; leurs éléments disgrégés peuvent avoir des analogues, car ils ressortent de l'organisation humaine qui ne peut produire des résultats pathologiques qui lui soient complétement étrangers; mais cette analogie existe aussi pour tous les autres produits spéciaux; il y a d'autres globules que ceux du pus; les globules du pus virulent, chancreux, ressemblent énormément à ceux du pus ordinaire; il y a aussi d'autres cellules que celles du cancer, en admettant, ce qui est contesté, que le cancer ait des cellules spéciales; dès lors, quoi d'étonnant que l'on puisse rencontrer des cellules, des fibres et des vaisseaux, ailleurs que dans les granulations? Cet argument ne peut donc infirmer la spécificité que nous accordons aux granulations, car ce n'est pas de la sorte que l'on constate la spécificité d'une production pathologique; cette spécificité se tire des conditions de son développement, du mode d'agencement suivant lequel les éléments anatomiques de ces productions se combinent et grandissent; elle se tire enfin de l'état morbide final qu'ils constituent, état qui, dans son ensemble, est sans analogue et ne peut laisser aucun doute pour celui qui a des yeux pour voir les choses telles qu'elles existent.

Nous sommes en droit de conclure que l'ophthalmie granuleuse contagieuse est un affection spécifique dont la cause est unique, virulente, qui se propage par contamination directe ou indirecte, dont les altérations pathologiques sont sans analogues, et se trahissent par des symptômes redoutables, qui, tout en procédant du mode inflammatoire, n'en ont pas moins une physionomie particulière; ces altérations ne cèdent pas à un traitement ordinaire, il leur faut un traitement puissamment modificateur.

Nous appellerons donc le virus qui produit cette ophthalmie, *virus granuleux*, et les altérations qui la constituent, *granulations*. — Ces granulations reproduisent, dans le pus qu'elles exsudent, le virus qui y a donné naissance.

En étudiant les altérations que la conjonctive subit dans l'ophthalmie granuleuse, nous avons dû indiquer la plupart des symptômes locaux de cette affection. Il ne nous reste que bien peu de chose à ajouter. Nous signalerons encore cependant un sentiment de picotement plus ou moins vif que le malade éprouve dès le début du mal. Ce sentiment dégénère bientôt en une douleur intense, brûlante, qui s'irradie dans les parties voisines de l'œil et surtout à la région frontale. La photophobie est considérable, elle s'exagère sous le moindre éclat lumineux. La douleur, la vivacité de l'inflammation réagissent sur les ganglions qui correspondent avec la région oculaire, et déterminent ce que l'on a appelé des bubons pré-auriculaires.

Les symptômes généraux sont ceux de toute phlegmasie intense. Il y a de l'agitation, de l'insomnie, des rêvasseries, parfois du délire. La peau est chaude et sèche; le pouls fréquent, développé. Les urines sont rares, rouges, sédimenteuses. Il y a de la soif, de l'anorexie, de la constipation. Ces symptômes se mesurent à l'intensité de la phlegmasie conjonctivale.

§ VI.

Étiologie de la conjonctivite granuleuse. Unité de la cause de cette affection. Sa virulence, sa contagiosité et son mode de propagation démontrés par la raison, l'observation et l'expérimentation. — A une affection aussi bien définie que celle que nous venons d'étudier, il ne pouvait point y avoir des causes différentes et nombreuses.

La conjonctivite granuleuse étant sans analogue dans le cadre nosologique, ayant une physionomie, une manière d'être qu'il est impossible de découvrir dans aucune autre maladie, exsudant un pus dont la puissance virulente contagieuse est incontestable, offrant enfin, dans son ensemble, les caractères de la spécificité la mieux tranchée, il est logiquement nécessaire de reconnaître à cette existence morbide spécifique une cause unique, spéciale et toujours la même. Nous allons voir que cette cause existe. — Nous allons démontrer que cette cause seule peut développer cette redoutable maladie que nous appelons conjonctivite granuleuse, purulente, contagieuse, quels que soient les individus qui en sont atteints. — La raison, l'observation et l'expérimentation ne laisseront plus planer le moindre doute sur la nature et la cause de cette ophthalmie; elles prouveront que, si l'on a soutenu si longtemps des opinions contraires, c'est que l'on ne s'est pas bien rendu compte de l'individualité morbide dont on faisait l'histoire, et qu'on l'a confondue avec d'autres états pathologiques qui n'avaient avec elle aucun lien de famille. On s'expliquera de la sorte comment il se fait que, malgré les nombreux travaux que l'on a publiés sur ce sujet, l'on est encore aussi peu d'accord sur ses causes et ses altérations, comment il se fait qu'en France, en Italie, en Allemagne, en Danemark on n'ait qu'une idée fort vague sur une ophthalmie qui, pendant si longtemps, a mis en émoi la médecine belge. Qu'on ne nous dise pas que cette ophthalmie est inconnue dans ces différents pays, car nous affirmons que partout, dans le Nord comme dans le Midi, on rencontre les mêmes altérations oculaires qu'en Belgique, dans l'armée comme dans le civil; partout il y a des ophthalmies simples et des ophthalmies contagieuses; mais, dans chaque pays aussi, on les voit avec des préoccupations différentes. Ainsi, dans certaines contrées, l'on s'arrêterait à peine devant des ophthalmies auxquelles on n'attribue aucune gravité, tandis que dans d'autres, elles frapperaient d'épouvante les malades et les praticiens. — Pourquoi cette divergence d'appréciation? Parce que l'on n'a jamais cherché à établir une ligne de démarcation entre les ophthalmies contagieuses et celles qui ne le sont pas; il a suffit qu'un certain nombre d'individus fussent simultanément atteints d'ophthalmie et présentassent certaines irrégularités conjonctivales, pour en conclure d'abord à l'existence d'un principe contagieux que l'on était incapable de démontrer, et que par cela même on rendait variable et capricieux, et ensuite à la présence d'une altération spécifique, à laquelle on accorda le nom de granulation, quoique ces granulations variassent, ainsi que nous l'avons déjà dit, de forme, d'aspect et de nature.

Cette confusion deviendra impossible si l'on admet les principes que nous défendons. Ces principes replacent chaque individualité ophthalmique dans le cadre naturel qu'elle doit occuper, et ils les empêchent d'empiéter les unes sur les autres. — Ainsi, pour l'ophthalmie contagieuse granuleuse, nous proclamons qu'il n'y a qu'une seule individualité de ce nom ; nous disons que les granulations sont des productions spécifiques émanant d'un virus, que nous nommons *granuleux*, et qui se régénère à l'infini dans des altérations qu'il engendre. — Notre raison nous dit que nous sommes en droit d'affirmer cette proposition.

En effet, une loi d'harmonie générale, qui domine tout dans la nature, ne nous dit-elle pas que les causes et les effets sont liés entre eux d'une manière étroite et indissoluble? Ne nous dit-elle pas qu'à des effets spéciaux bien déterminés, il doit nécessairement y avoir une cause qui soit en rapport direct avec ces effets? Cette cause ne doit-elle pas s'éloigner radicalement des causes vulgaires? Ce raisonnement si simple, que tout le monde

admet en thèse générale, nous l'appliquons à l'étiologie de la conjonctivite granuleuse, et tout le monde l'y appliquerait avec nous, si l'on voulait une bonne fois dégager cette ophthalmie du milieu dans lequel on la maintient confondue et défigurée.

L'observation des faits vient justifier ce que la raison n'avait que pressenti.

Voici ce que nous avons toujours observé, sur plus de cent sujets atteints d'ophthalmie granuleuse contagieuse, quels qu'ils fussent, militaires ou autres, enfants ou adultes, hommes ou femmes, etc. : Dans la grande majorité des cas, l'ophthalmie contagieuse commence par un œil ; ce n'est que consécutivement qu'elle se propage à l'autre par le transport plus ou moins direct du pus virulent exsudé par les granulations. Huit fois sur dix, nous avons constaté avec l'ophthalmie la coexistence d'une urétrite offrant une identité frappante avec l'affection oculaire. Engagés dans cette voie, que nous avons parcourue avec la plus scrupuleuse attention, nous avons souvent remonté à plusieurs degrés de génération. Nous avons quelquefois exploré les femmes qui étaient le point de départ de l'infection, et nous avons retrouvé au col utérin, dans les canaux des glandes vulvo-vaginales, dans l'urètre, des granulations identiques à celles que nous observions sur la conjonctive en dernier lieu infectée. Dans l'ophthalmie granuleuse, purulente, contagieuse des nouveau-nés, que nous avons un jour observée à l'état épidémique, nous avons toujours pu établir que l'ophthalmie des enfants prenait sa source chez leurs mères, qui étaient atteintes de granulations utérines, urétrales, etc., et dans ce cas les enfants avaient été contaminés pendant le travail de l'accouchement ; ou chez leurs nourrices, qui pouvaient, par imprudence ou par défaut de propreté, contagionner les enfants par le transport indirect de la matière virulente provenant de leurs organes contaminés. — Nous ne prétendons pas que, dans l'épidémie à laquelle nous empruntons quelques épisodes, tous les enfants aient été infectés d'ophthalmie de cette manière, cela serait inadmissible ; on comprend du reste que la propagation de l'ophthalmie granuleuse est facile, quand, dans un grand rassemblement d'enfants, un ou deux d'entre eux sont infectés ; ce que nous voulons faire ressortir, c'est que les épidémies granuleuses, comme les cas isolés, reconnaissent souvent pour cause une source à laquelle il nous semble que l'on n'a pas fait suffisamment attention. — Le premier cas existant, on s'explique aisément l'apparition des autres. Ce qui est certain, c'est que nous avons constaté le transport direct du pus contagieux des parties génitales dans l'œil ; deux fois de suite ce transport s'est effectué sous nos yeux ; inutile de dire que la conséquence en a toujours été désastreuse.

Nous avons reçu dernièrement, au commencement de décembre, dans notre service à l'hôpital Saint-Pierre, une jeune femme blonde, lymphatique, qui était en couches depuis une quinzaine de jours ; son enfant était atteint d'ophthalmie granuleuse purulente (*ophthalmie des nouveau-nés*). En voyant cet enfant, ayant constaté la virulence et la spécificité de son affection, nous prédîmes aux élèves qui suivaient notre clinique, que la mère devait être atteinte de granulations dans un point quelconque de ses organes sexuels; nous la visitâmes au spéculum et nous trouvâmes le col utérin recouvert par des granulations des mieux caractérisées ; elles étaient identiques, par leur forme, leur couleur et presque par leur volume aux granulations conjonctivales : comme elles, elles exsudaient un pus abondant, elles saignaient au moindre contact, etc. Nous pourrions multiplier les faits de l'espèce, ces modes de propagation contagieuse ne sont pas les seuls. La propagation viru-

lente peut encore s'opérer de l'œil d'un individu aux yeux d'un autre; ce mode de transmission est le plus fréquent, le plus habituel, mais il ne s'exécute pas constamment de la même manière. Dans cette circonstance, le mode de transmission est immédiat ou direct, et médiat ou indirect, c'est-à-dire qu'il se réalise à l'aide d'un agent intermédiaire chargé de la matière purulente contagieuse et servant à la fois à chacun d'eux. Ce qui ne peut être récusé pour deux sujets ne peut l'être pour plusieurs; on entrevoit de la sorte et le point d'origine de l'ophthalmie purulente, granuleuse, et son mode de propagation chez les personnes réunies en corps, vivant de la même vie, ayant des relations continues entre elles et se servant des mêmes objets. On s'explique aussi dans quelles conditions cette ophthalmie peut exister sous la forme épidémique, sous quelles influences cette épidémie s'établit et ce qu'il faut faire pour la prévenir ou la faire disparaître.— L'état épidémique en a encore imposé relativement à l'ophthalmie qui nous occupe; on n'a pas assez réfléchi que les ophthalmies simples, comme l'ophthalmie granuleuse, pouvaient régner sous cette forme, sans donner aux premières des propriétés contagieuses et sans ôter de sa puissance virulente à la seconde, l'état épidémique, dans les deux cas, se produisant par des procédés distincts.

Quelle conclusion tirer des faits que nous venons d'exposer? Il n'y en a qu'une seule de possible. C'est que partout nous voyons que l'ophthalmie granuleuse se produit et se propage par le pus virulent exsudé d'une muqueuse, quelle que soit cette muqueuse, et déposé sur une conjonctive saine. Il s'ensuit que la cause fatale de l'ophthalmie granuleuse contagieuse se résume toute entière dans un virus spécial, toujours le même, aboutissant toujours aux mêmes altérations qui reproduisent toujours le même virus. Il s'ensuit enfin que l'observation attentive des faits démontre que la cause de l'ophthalmie granuleuse contagieuse est le virus granuleux, qui a pour gangue le pus sécrété par la surface granulée.

Que dire maintenant des théories qui considèrent les causes irritantes ordinaires comme capables d'aboutir aux résultats que nous venons de signaler? Ne s'aperçoit-on pas qu'il y a là une impossibilité de fait et de raison, et que s'il y a une autre ophthalmie contagieuse que celle que nous étudions en ce moment, ce ne peut être une ophthalmie granuleuse; elle doit avoir une autre nature, d'autres altérations, et l'on doit pouvoir en constater la cause virulente? Comme nous ne saurions assez le répéter, les causes ordinaires, quelle que soit leur énergie d'action, ne peuvent rien en dehors des limites qui leur ont été assignées par la nature: elles sont fatalement condamnées à n'aboutir qu'à des résultats phlegmasiques simples, très intenses peut-être, épidémiques même, mais qui, dans aucun cas, ne sauraient être contagieux. — Mais, dira-t-on, le produit de ces inflammations, élevées à une certaine puissance d'acuité, déposé sur une conjonctive saine, peut y provoquer une inflammation très vive, purulente même. Nous acceptons ce fait, qui n'ébranle nullement la doctrine que nous défendons. Il prouve tout simplement la sensibilité exquise de la muqueuse conjonctivale, sur laquelle on ne dépose pas toujours impunément des agents irritants. Mais le produit inflammatoire simple ne deviendra jamais, quoi qu'on fasse, un produit spécial, virulent, et les conséquences n'en seront jamais des granulations spécifiques. Il y aura pourtant propagation morbide, cela est très vrai; mais, dans cette dernière hypothèse, la propagation se sera effectuée par voie d'irritation, qu'il faut se garder de confondre avec la contamination virulente.

Les muqueuses utérine, vaginale et urétrale s'enflamment aussi en dehors de la participation du virus granuleux; il y a des blennorrhagies qui ne

sont point contagieuses, qui ne sont anatomiquement constituées que par des phlegmasies simples; eh bien! des faits nombreux prouvent que l'écoulement muqueux ou muco-purulent de ces blennorrhagies, porté sur la conjonctive, l'irritent, l'enflamment et y déterminent des ophthalmies catarrhales suraiguës. Qu'est-ce à dire? y a-t-il spécificité dans ce résultat? y observera-t-on jamais les altérations pathologiques décrites plus haut? Non, évidemment non, à moins que l'on ne persiste à regarder comme étant des granulations spécifiques, les divers états que nous avons analysés et jugés dans notre troisième paragraphe, et qui, bien que détruisant le poli de la surface conjonctivale, ne sont néanmoins que le développement inflammatoire d'éléments anatomiques normaux. Disons-le ici en passant : il en est des blennorrhagies comme des ophthalmies; il y a des urétrites simples comme il y a des ophthalmies simples; il y a des urétrites contagieuses purulentes granuleuses, comme il y a des conjonctivites contagieuses granuleuses; l'important, c'est de ne pas confondre les maladies les unes avec les autres.

Mais nous objectera-t-on enfin : sans devoir être attribuée à un virus, l'ophthalmie granuleuse peut être la conséquence d'un principe contagieux, d'une sorte de miasme renfermé dans l'air, imprégnant les vêtements, les literies, etc. A notre tour, nous repondrons : Mais en quoi consiste ce principe contagieux auquel vous ne voulez pas donner le nom de virus? quel est ce miasme, car nous admettons les maladies infectieuses miasmatiques, que nous ne confondons pas avec les maladies contagieuses ; mais encore faut-il qu'on nous démontre que ces miasmes existent et ne sont point une création imaginaire faite pour le besoin d'une cause. On ne nous répondra pas, car dans cette objection captieuse, il n'y a qu'une hypothèse dont on abuse depuis longtemps, il n'y a qu'une hypothèse qui ne repose sur aucun fait bien démontré. En raison, nous admettrions sans peine que, dans une salle où il y a un grand nombre d'ophthalmies granuleuses virulentes, l'atmosphère pût, jusqu'à un certain point, se charger de molécules contagieuses par l'évaporation du pus qui s'échappe continuellement et avec abondance des yeux des ophthalmiques. — Dans ce fait, nous le répétons, il n'y a rien qui révolte notre raison. Malheureusement, ce n'est là non plus qu'une hypothèse, vraisemblable toutefois, mais que l'observation ne vient pas confirmer. Nous avons eu, dans notre service d'hôpital, quelquefois quinze à vingt affections granuleuses réunies; d'autres malades se trouvaient à côté des sujets atteints de granulations ; des mères, des nourrices allaitaient, soignaient constamment leurs enfants atteints d'ophthalmie granuleuse ; les infirmiers, les élèves internes, les élèves externes et nous-même, nous leur prodiguions les soins les plus assidus, nous visitions leurs yeux, nous nous approchions parfois considérablement des surfaces malades, et pourtant, jamais personne n'a ressenti le moindre inconvénient. — Tout ceux qui ont été atteints, et j'en ai donné de nombreuses observations, l'ont été par défaut de précautions, et par le transport direct ou indirect de la matière purulente dans leurs yeux. Que dire après cela de l'opinion qui prétend qu'il suffit d'avoir été exposé au foyer d'infection pour être susceptible, quoique ayant en apparence les conjonctives saines, de voir se développer des granulations sans avoir subi l'influence d'une nouvelle contagion ; — il est vrai que, pour soutenir cette supposition, que démentent les faits, on a eu soin de créer des granulations latentes, invisibles à l'œil nu.

Il nous reste maintenant à consulter l'expérimentation et à juger si les résultats en sont conformes à l'observation et à la raison.

Nous avons pratiqué un grand nombre d'expériences, que nous avons scrupuleusement notées et suivies.

Les premières ont été faites avec le pus virulent provenant des granulations spécifiques, à leur période d'acuité.

Nous avons rempli une petite curette de ce pus virulent, puis nous l'avons introduite dans le canal de l'urètre d'un homme : dans tous les cas, nonobstant l'absence de tout éréthisme favorable, il s'est développé, du troisième au cinquième jour, une inflammation urétrale granuleuse en tout sembable, les conditions d'organes mises de côté, à celle de la conjonctive qui nous avait fourni le pus contaminable. — L'écoulement urétral était identique à l'écoulement conjonctival ; l'induction nous disait qu'il devait aussi jouir des mêmes propriétés.

Nous avons vu des individus, atteints d'urétrite contagieuse purulente, porter à leurs yeux leurs mains souillées de pus provenant de l'écoulement urétral, et après vingt-quatre à quarante-huit heures être frappés d'une ophthalmie purulente granuleuse.

Ces faits se sont passés sous nos yeux, pendant notre clinique, devant nos élèves. Un jour même, pendant notre clinique, un malade qui se trouvait dans nos salles pour une urétrite virulente, et qui déjà était atteint d'ophthalmie granuleuse à l'œil gauche, pour y avoir déposé imprudemment la matière de son écoulement urétral, après avoir porté rapidement et machinalement ses doigts à l'œil malade, les reporta ensuite chargés de pus à l'œil sain; nous prédîmes que sous peu l'œil droit partagerait le sort de l'œil gauche, et vingt-quatre heures après l'événement avait justifié nos prédictions.

Ces faits d'expérimentation spontanée, involontaire, car nous nous garderons bien de tenter de semblables essais sur des yeux sains, ont une valeur décisive; on dirait qu'ils se sont produits exprès pour démontrer la vérité que nous essayons de répandre.

Un médecin que nous avons traité était un jour consulté par un malade atteint d'urétrite granuleuse purulente suraiguë : il examine le canal de l'urètre pour constater les engorgements de la muqueuse; il le presse pour en faire sortir l'écoulement, ses doigts sont souillés par la matière purulente. Sans y faire attention, il les porte à son œil gauche, la contamination a lieu, et vingt-quatre heures après, il était atteint d'une ophthalmie purulente granuleuse à l'œil gauche. Nous pûmes garantir l'œil droit, mais il perdit l'œil gauche, malgré l'énergie de notre traitement.

Nous n'en finirions pas, si nous voulions rapporter tous les faits de l'espèce qui sont à notre connaissance.

Autant nous avons été réservé dans nos expériences lorsqu'il s'agissait de l'organe de la vision, autant nous avons procédé hardiment lorsque nous étions certain de ne point compromettre la santé des sujets sur lesquels nous opérions. Voici encore quelques expériences très convaincantes :

Nous avons recueilli une certaine quantité de pus exsudé par une conjonctive granuleuse. Nous l'avons placée sur la partie de la muqueuse où viennent s'ouvrir les canaux des glandes vulvo-vaginales, et toujours nous avons obtenu des granulations spécifiques avec exsudation purulente. Nous avons fait la même chose pour l'urètre et pour le col utérin, et constamment nous avons provoqué le même résultat, lorsque des circonstances particulières provenant, soit d'une leucorrhée abondante, soit d'une insensibilité acquise par des excès trop nombreux et trop répétés, ne venaient pas neutraliser l'action spécifique du pus contagieux.

Enfin, nous avons, dans différents cas, pris la matière purulente provenant des résultats expérimentaux que nous avions provoqués chez l'un et l'autre sexe, en employant le pus sécrété par les conjonctives granuleuses ; nous avons

déposé ce pus dans l'urètre à l'orifice des glandes vulvo-vaginales sur le col utérin, et ces expériences ont toujours abouti à des résultats positifs.

Que conclure de cette série de faits empruntés à l'observation et à l'expérimentation directe? N'est-il pas évident qu'il y a concordance parfaite entre les granulations telles que nous les avons décrites, et quel qu'en soit le siége, et la cause qui les provoque? La spécificité des premières et la virulence de la seconde ne sont-elles pas désormais incontestables? Pourra-t-on encore sérieusement prétendre que les granulations sont variables dans leur constitution anatomique, dans leur forme, dans leur propriété et dans leur aspect, que leur cause n'est pas unique, n'est pas toujours identiquement la même, n'est pas constituée par le pus granuleux qui renferme en lui le virus que tout nous force a appeler granuleux? On contestera encore ces vérités si, par indifférence ou par préjugé, l'on persiste à regarder comme étant des granulations toutes les sortes d'aspérités qui troubleront la régularité de la surface conjonctivale, si l'on persiste à confondre la propagation par voie d'irritation, qui appartient à toutes les maladies dont les produits jouissent de certaines propriétés irritantes, avec la propagation morbide par voie de contamination spécifique, qui est l'apanage exclusif des maladies réellement contagieuses. On les adoptera, au contraire, si l'on daigne examiner de nouveau les faits, et répéter nos expériences.

Nous allons, pour rendre plus concluante la vérité de ces propositions, exposer une série d'autres expériences dont le résultat a été invariablement négatif. On se convaincra par là que nous avons pris en sérieuse considération les opinions de nos adversaires, et que, si nous ne les admettons pas, c'est que la logique comme les faits nous le défendent.

Nous avons expérimenté avec la matière de ces ophthalmies que l'on a considérées comme contagieuses, parce qu'elles étaient compliquées d'une sécrétion plus ou moins abondante de mucus ou de muco-pus, que l'on a ensuite appelées granuleuses, parce que la conjonctive offrait diverses inégalités dont nous croyons avoir établi la nature.

Nous avons recueilli du pus provenant d'ophthalmies catarrhales suraiguës, d'ophthalmies avec développement folliculeux et papillaire considérable; nous avons déposé cette matière muqueuse, mucoso-purulente et parfois purulente: 1° dans la fosse naviculaire; 2° à l'orifice des glandes vulvo-vaginales; 3° dans le vagin et sur le col utérin, et nous n'avons obtenu aucun résultat. — Quelquefois, chez l'homme, il survenait à la région naviculaire une légère démangeaison accompagnée de suintement muqueux; quelques injections astringentes faisaient disparaître cet accident au bout de deux à trois jours.

Nous avons employé la matière de ces ophthalmies arrivées à l'état chronique, lorsqu'il y avait hypertrophie folliculeuse et papillaire; invariablement ces expériences ont été négatives.

Le mucus, ou le muco-pus des conjonctivites folliculeuses et des blennorrhagies simples chroniques, déposé sur n'importe quelle muqueuse, sur la conjonctive même, devenaient impuissants à y éveiller le moindre accident inflammatoire, à moins que l'on eût mis en usage une quantité trop grande de la matière de ces écoulements.

A l'état aigu, l'écoulement des blennorrhagies simples, siégeant soit dans l'urètre, soit dans le vagin ou au col utérin, porté sur des conjonctives saines, y provoque une ophthalmie très intense avec sécrétion muco-purulente; cette ophthalmie réellement catarrhale, que l'on nomme blennorrhagique à cause des circonstances qui ont présidé à son apparition, n'est rien autre qu'une phlegmasie ordinaire avec hypersécrétion muqueuse ou purulente, mais ne

présente rien qui la rapproche de ce que nous avons décrit sous le nom d'ophthalmie virulente granuleuse.

Il n'y a pas bien longtemps qu'un de nos confrères donnait des soins à une petite fille atteinte de vulvite simple suraiguë, avec écoulement muco-purulent très abondant; sans y réfléchir, il porte ses doigts imprégnés de cet écoulement à ses yeux et les frotte; la conjonctive ne tarde pas à se congestionner, une ophthalmie catarrhale suraiguë apparaît, c'est l'ophthalmie blennorrhagique des auteurs : il y a écoulement, développement papillaire et folliculeux, mais il n'y a pas la moindre trace de granulations; au bout de huit jours, notre confrère se promenait complétement guéri.

Nous avons soigné un grand nombre de ces ophthalmies; elles se présentaient d'abord sous un aspect effrayant; elles étaient blennorrhagiques, mais elles n'étaient ni granuleuses, ni virulentes; elles guérissaient très rapidement après quelque jours d'un traitement approprié.

A l'état chronique, l'écoulement des blennorrhagies simples, qu'elles existent aux muqueuses génito-urinaires ou à la conjonctive, est inoffensif; il ne compromet point les relations sexuelles, il ne compromet point les yeux. Cet écoulement muqueux peut être déposé fréquemment sur les conjonctives sans rien y produire, car le nombre des personnes qui sont atteintes d'urétrites simples chroniques est considérable, et il est rare que l'on voie leurs yeux malades, quoiqu'on doive avoir la conviction qu'elles y portent souvent leurs doigts souillés... A coup sûr, cette immunité serait impossible avec l'ophthalmie granuleuse spécifique, quel que fût son état d'ancienneté.

Avant de clore ce paragraphe, nous allons rapporter quelques résultats expérimentaux, qui certes ont été obtenus en dehors de toute idée préconçue, puisque leur auteur ne se doutait point que nous suivions ses essais, qui pourtant avaient une si grande importance.

On a proposé de guérir le pannus par l'inoculation ou plutôt par la contamination du pus blennorrhagique. Cette pratique est surtout usitée à l'Institut ophthalmique de Bruxelles, où elle produit des effets heureux, chaque fois qu'on peut arriver à provoquer une blennophthalmie intense.

Notre savant confrère M. le docteur Bosch nous demande souvent, pour pratiquer le traitement dont nous venons de parler, de lui envoyer du pus provenant de blennorrhagies suraiguës, les plus virulentes sont les meilleures; parfois nous satisfaisons à sa demande, et alors cela marche bien; il obtient la blennophthalmie, par conséquent la guérison du pannus; mais souvent il arrive, vu la rareté relative des blennorrhagies granuleuses, que nous ne pouvons lui fournir que le muco-pus provenant de blennorrhagies simples, que nous avons cependant toujours soin de choisir les plus aiguës; dans ce cas, notre honorable confrère ne manque jamais, quelques jours après notre envoi, de nous renouveler sa demande en nous annonçant dans ses lettres que la matière par nous expédiée a été incapable de produire le moindre effet et sur la conjonctive et sur le pannus. De tels faits n'ont pas besoin de commentaire.

§ VII.

Thérapeutique. — Toutes les ophthalmies granuleuses émanant d'une seule et même cause contagieuse, et étant constituées par les mêmes altérations anatomo-pathologiques, l'examen thérapeutique auquel nous allons nous livrer sera applicable à toutes ces ophthalmies, quelle que soit la position sociale de la personne affectée, quel que soit son sexe, quel que soit son âge, quels que

soient enfin la source du virus contaminant et le mode suivant lequel la transmission contagieuse se sera effectuée.

Est-ce à dire que la médication que nous croyons devoir préconiser sera invariable? que nous ne tiendrons aucun compte des influences qui réagissent si profondément sur les affections contagieuses comme sur les autres maladies? — Nullement; ce que nous avons en vue ici ne se rapporte qu'à la nature intime du mal, nous n'oublierons pas que les circonstances les plus secondaires réagissent parfois fortement sur l'état principal, et que souvent ce sont de petits riens qui entravent dans leur action bienfaisante les agents thérapeutiques les plus énergiques et les mieux indiqués.

Ayant bien défini, bien limité l'affection que nous avons à combattre, il faut que la médication à y opposer le soit également. De prime abord, nous dirigerons nos efforts contre l'altération spécifique qui domine tout, les altérations secondaires, les complications occuperont la seconde place. Nous éviterons l'empirisme comme la routine; partant d'un diagnostic certain, notre traitement sera simple et rationnel.

Après cela, que l'on ne s'imagine pas que nous ayons la prétention de guérir toutes les affections granuleuses avec rapidité et facilité; nous n'ignorons pas les difficultés pratiques avec lesquelles nous devrons très souvent compter; nous savons que l'ophthalmie granuleuse se guérit difficilement, exige un traitement long et persistant, et que l'on doit s'estimer heureux quand on arrive au but sans avoir compromis l'organe de la vision.

Nous ne sommes pas les seuls à avouer de telles craintes; M. Robert ne dit-il pas que « la conjonctive, dans l'ophthalmie granuleuse, ne reprend « jamais son état normal; que le plus souvent on substitue une membrane « nouvelle à la muqueuse altérée; qu'il a vu des granulés traités pendant « quinze et dix-huit mois n'être qu'améliorés, et chez lesquels l'ophthalmie « reparaissait de temps en temps. » (*Annales d'oculistique*, t. XVIII.)

Cette opinion est fondée, et il est peu de praticiens qui n'aient vu des granuleux traités pendant des années infructueusement. Ce sont là des exceptions sans doute, mais enfin elles existent et nous devons les signaler.

Si nous reconnaissons la grande difficulté de guérir l'ophthalmie granuleuse purulente, nous ne craignons pourtant pas d'avancer que, nos recherches nous ayant conduit à la détermination de sa nature réelle et à celle de ses caractères pathognomoniques, nous aurons un avantage incontestable pour y opposer un traitement efficace. Désormais on aura le signalement exact de l'ennemi contre lequel on devra lutter; il ne sera plus permis, lorsqu'on se trouvera en face d'une conjonctivite granuleuse, d'errer dans son traitement, d'invoquer des fantômes qui n'existent pas, et puis de se faire des illusions sur les résultats qu'on doit en attendre; il ne sera plus permis de prendre pour une affection granuleuse celle qui n'en offre pas les caractères, et puis de produire des observations phénoménales où la guérison aura été prompte et radicale. Puisque nous y sommes, disons que ces erreurs de diagnostic peuvent avoir des effets déplorables. Combien d'ophthalmies qui auraient été guéries par un traitement simple ne sont pas devenues graves, parfois même incurables par le fait du traitement incendiaire qu'on leur opposait sous le prétexte qu'elles étaient granuleuses. On ne fait point l'aveu de tels mécomptes; ils existent cependant, ils méritent d'être soigneusement notés dans la prophylaxie des maladies de la conjonctive, il y a là une réforme très importante à introduire.

Les traitements les plus divers ont été successivement vantés contre la maladie qui nous occupe. Nous croyons inutile d'en dresser l'inventaire.

Nous nous bornerons à dire que les divers traitements ont été empruntés : 1° à la médication antiphlogistique; 2° à la médication résolutive et révulsive; 3° à la médication astringente ou styptique; 4° à la médication modificatrice et substitutive; 5° enfin à certaines opérations ayant pour but d'enlever l'altération pathognomonique de l'ophthalmie contagieuse.

Sans nier l'opportunité, dans certains cas, de ces divers modes de traitement, nous devons convenir cependant que tous n'ont point une importance égale. Les antiphlogistiques, les résolutifs, les astringents, abandonnés à leur propre force, sont insuffisants pour détruire les granulations spécifiques. Faut-il les délaisser complétement? Non; car ils constituent d'utiles adjuvants qui peuvent rendre de grands services. L'altération granuleuse, toute spécifique qu'elle soit, se révèle sous la forme inflammatoire, et cette forme doit réclamer l'emploi des antiphlogistiques, des évacuants, des altérants, des calmants, des résolutifs et des révulsifs, mais ces moyens ne sont que des auxiliaires qui doivent précéder, accompagner ou suivre une médication plus énergique, plus directe et plus efficace.

En Belgique, où presque toutes les méthodes de traitement ont été employées, il en est une qui a résisté, au milieu de l'abandon dans lequel les autres sont presque toutes tombées. Nous voulons parler de l'acétate de plomb en poudre fine, appliqué directement sur la partie malade. On avait eu tant de déboires avec la cautérisation, que le sel plombique fit immédiatement fureur; ses succès furent étonnants, c'est à peine si quelques solides partisans de la cautérisation, limitée aux seules granulations spécifiques, osèrent encore élever la voix en faveur de la méthode dont ils étaient restés les rares et fidèles défenseurs. Aujourd'hui que l'enthousiasme est un peu calmé, que la froide raison est rentrée dans les esprits, que faut-il penser de l'acétate de plomb, dont notre savant confrère et ami le docteur Buys a été l'ardent propagateur? Nous admettons en grande partie les avantages que l'on a accordés à ce médicament, mais cette concession de notre part ne s'applique qu'aux ophthalmies réputées granuleuses, par ce seul fait que le poli de la conjonctive était troublé par des éminences, quelles qu'en fussent la nature, la cause et les caractères. Dans ces cas, l'acétate de plomb réussissait et devait réussir; on peut même dire qu'à ce point de vue, il a rendu de grands services, car il éloignait des médications dangereuses et souvent désastreuses. Les succès de l'acétate de plomb s'expliquent donc parce qu'ils ont été obtenus à l'ombre d'une erreur de diagnostic; mais toutes les fois que nous avons eu à combattre une ophthalmie réellement granuleuse, le sel plombique est resté insuffisant, sinon impuissant. Ces réflexions sont en tout applicables au tannin, au tannate de plomb que l'on a voulu substituer à l'acétate de plomb, et qui comme lui peuvent être avantageux contre les développements folliculeux et papillaires, mais échouent contre les granulations vraies.

Nous ne nous arrêterons pas, dans ces considérations sommaires, à discuter la méthode de M. Van Roosbroeck, de Gand, qui consiste, dans les granulations chroniques et rebelles, à appliquer sur la surface malade du muco-pus blennorrhagique le plus virulent, le plus irritant que l'on puisse trouver. Le professeur de Gand se félicite des succès qu'il obtient par ce procédé; nous ne les apprécierons pas, n'ayant pas été à même de suivre ses essais; nous dirons simplement qu'il nous semble qu'ici ses résultats doivent être attribués à une action toute substitutive.

Telles sont les considérations générales que nous avions à présenter sur la thérapeutique de l'ophthalmie granuleuse. Elles sont incomplètes, elles n'ont pas même effleuré tout ce qui a été fait sur ce sujet, mais elles suffisent pour-

tant pour justifier les efforts que nous avons faits dans le but d'aboutir à un traitement plus rationnel, plus précis, et partant plus avantageux.

Nous ne nourrissons aucune illusion; nous avons dévoilé nos appréhensions et nos espérances, c'est aux praticiens à décider si nous nous sommes trompé.

Le traitement de l'ophthalmie granuleuse purulente est prophylactique et curatif. C'est par l'examen de ces deux questions que nous allons terminer ce travail.

§ VIII.

Traitement prophylactique de l'ophthalmie granuleuse. — Empêcher la manifestation du mal, telle est la première indication que doit remplir le praticien consciencieux. Quelles sont les mesures et les précautions à prendre pour neutraliser la cause contagieuse des granulations, pour en arrêter la propagation et en prévenir les effets désastreux? Telle est le problème que nous avons à résoudre.

Pour arriver à cette solution, il nous suffira de rappeler ici les préceptes établis par plusieurs ophthalmologues, et entre autres par Cunier. On se souvient des travaux de cet habile oculiste, sur les causes de la propagation de l'ophthalmie contagieuse dans les classes pauvres.

Avec ces savants confrères, nous dirons :

1° Il faut faire disparaître tout encombrement partout où il existe, soit dans les hospices, soit dans les maisons particulières; l'encombrement est en effet une des causes les plus propices à la propagation de l'ophthalmie contagieuse. Le germe virulent, si mince qu'il soit d'abord, grandit bientôt, prend de l'intensité, produit ensuite des ravages effrayants sous l'influence de l'encombrement.

2° Il faut éloigner les hommes sains de tous ceux qui sont atteints de granulations, de granulations véritables s'entend, quel qu'en soit du reste le degré d'acuité; car, à toutes les périodes de leur existence, la sécrétion du pus granuleux qui est constante, est contagieuse. C'est en raison de cette propriété que l'on peut presque toujours remonter à la source du mal.

3° Il faut éloigner les agents capables d'irriter directement ou indirectement les organes de la vision. Ces agents, nous l'avons souvent répété, par leur seule puissance, sont incapables d'engendrer des granulations, mais ils peuvent en favoriser le développement, et activer les accidents qui en dépendent. C'est dans ce but que nous recommandons, lorsque l'on a à redouter l'invasion de l'ophthalmie contagieuse, d'éloigner, de réformer les coiffures qui ont leur appui sur le front, ou qui serrent trop; de laisser le cou dans une liberté telle que la circulation ne puisse être entravée; d'éviter enfin toutes les conditions qui sont susceptibles de congestionner la tête, et par suite les yeux. Toutes ces causes, seulement excitantes, peuvent favoriser une cause plus puissante, la seule réelle, qu'il faut chercher dans la nature contagieuse de la maladie.

4° Jusqu'à quel point le principe virulent de l'ophthalmie contagieuse, représenté par l'exsudation du pus conjonctival, peut-il saturer l'atmosphère d'une chambre ou d'une salle d'hôpital, pour que l'air devienne le véhicule de ce principe, atomistiquement divisé? Nous nous le sommes déjà demandé: cette saturation de l'air peut-elle avoir lieu? Sans trancher la difficulté, nous dirons qu'elle n'est ni invraisemblable, ni impossible; en avouant cela, nous ne partageons pourtant pas la manière de voir des chirurgiens qui prétendent

avoir vu bon nombre de personnes atteintes de granulations spécifiques, par le seul fait d'avoir logé dans des salles où antérieurement on avait admis des ophthalmies contagieuses. Si ce fait a été constaté, c'est qu'il y a eu autre chose que l'air pour les contagionner. Quoiqu'il n'y ait que la contagion immédiate et médiate de prouvée, nous recommanderons néanmoins comme chose utile, une bonne aération, et même le badigeonnement et la désinfection des places où auraient résidé des granuleux. Mais nous insisterons sur la nécessité d'exercer la plus grande surveillance pour que le linge, les vêtements et les objets de couchage soient toujours dans le plus grand état de propreté possible.

Ces mesures hygiéniques, s'adressant particulièrement aux affections conjonctivales, ne sont pas les seules indiquées par la prudence. Ce n'est pas toujours d'un conjonctive granuleuse à une conjonctive saine que se fait le transport du principe contagieux, souvent une ophthalmie relève directement d'une urétrite virulente granuleuse. Si, dans le passé, on avait pris en considération cette opinion, on n'aurait pas tardé à reconnaître que, fréquemment, l'ophthalmie granuleuse dépendait du transport sur la conjonctive du muco-pus virulent provenant de l'urètre, du vagin et du col de la matrice, où l'on pouvait retrouver des altérations granuleuses identiques; il y a un rapport plus constant qu'on ne le croit généralement entre la fréquence des granulations conjonctivales et celle des granulations urétrales et utérines; elles peuvent coïncider chez le même individu, comme chez des individus différents.

On fera donc bien de rechercher s'il n'existe pas de blennorrhagies granuleuses, et l'on recommandera aux personnes qui en sont atteintes de prendre les plus grandes précautions, et d'éviter toute espèce de contact entre la matière virulente urétrale d'une part et les yeux sains de l'autre. Comme la contamination peut s'opérer par l'intermédiaire d'agents employés par des personnes infectées, il faudra apporter la plus grande attention sur ce sujet, et se conduire en conséquence. On comprendra le genre de précautions à prendre, si l'on se rappelle que les lavandières par exemple ne sont si souvent atteintes de granulations oculaires, que parce qu'elles sont chargées de laver un linge où se trouve en dépôt une certaine quantité de matière infecte.

L'ophthalmie purulente contagieuse des nouveau-nés, procédant presque toujours de granulations utérines, on doit, lorsque cela est possible, lorsque l'on a des motifs de soupçonner la santé d'une femme, l'explorer avec soin et détruire les granulations avant l'accouchement. On peut être mis sur la voie, en observant la nature de l'écoulement dont les femmes se plaignent habituellement.

L'allaitement des enfants granuleux doit être surveillé, ils pourraient communiquer à leurs nourrices la maladie dont ils sont affectés, et réciproquement. A ce propos, nous blâmons énergiquement la singulière habitude de confier deux enfants à une même nourrice, de les coucher dans le même berceau, et de les nettoyer avec le même linge, avec la même eau, etc. Nous avons vu quatre petits enfants granuleux confiés à deux nourrices; ces enfants étaient dans un état pitoyable, ils s'étaient infectés les uns les autres; on conçoit qu'il était difficile qu'il en fût autrement.

Lorsqu'on redoute la contamination granuleuse, il n'y a pas un instant à perdre, il faut s'empresser de laver les yeux avec de l'eau de chaux afin de neutraliser, s'il est encore temps, l'action pathogénique de la cause virulente.

Si, nonobstant l'emploi intelligent de ces moyens préservatifs, l'ophthalmie se déclarait, on devrait aussitôt, un diagnostic exact étant établi, recourir

à une médication active, modificatrice, afin de ne pas laisser aux granulations le temps de jeter de profondes racines dans les muqueuses.

§ IX.

Traitement curatif de l'ophthalmie purulente granuleuse. — Le traitement curatif de l'ophthalmie granuleuse spécifique est local et général. Le traitement local s'adresse directement, immédiatement à l'organe souffrant; le traitement général est un adjuvant indispensable de la médication locale, il en facilite l'action, combat des diathèses préexistantes, prévient ou anéantit les complications.

Détruire foncièrement, radicalement les granulations, modifier puissamment la surface conjonctivale et la ramener à l'état d'inflammation simple, tel est le problème thérapeutique que nous avons à résoudre. La solution de ce problème est toute entière dans l'emploi de la méthode modificatrice, dans l'application des caustiques.

Suivant nous, la médication modificatrice doit être considérée comme étant le traitement spécifique de l'affection granuleuse, quel que soit son siége; et nous ne pensons pas que, dans l'état actuel de la science, elle puisse être avantageusement remplacée.

Les caustiques seuls peuvent satisfaire aux exigences de cette méthode, seuls ils sont assez énergiques, seuls ils sont capables d'atteindre le mal jusqu'à la racine et de laisser entrevoir, comme conséquence à peu près certaine, la guérison dans un temps plus ou moins limité. Pour cela, il faut une condition, ils doivent être appliqués en temps opportun, et secondés par des auxiliaires puissants.

De la cautérisation. — La cautérisation, telle que nous l'entendons, n'est pas cette cautérisation irrégulière, pratiquée avec hésitation, à des intervalles plus ou moins éloignés, et dont les conséquences sont si peu favorables. Non, la cautérisation, suivant notre manière de voir, doit être profonde, presque continue, c'est-à-dire répétée à des époques très rapprochées, et répartie également sur toute la surface de la conjonctive malade. La cautérisation doit être appliquée dès l'apparition des granulations, l'intensité des accidents phlegmasiques n'est point une contre-indication ; il faut se hâter, car si l'on hésite, si l'on agit superficiellement, incomplétement, l'arme si utile dont vous disposez retournera contre vous; le mal se jouera de vos vaines tentatives, vos efforts seront stériles, et vous resterez le triste spectateur des ravages que vous n'aurez pas eu la force d'arrêter. Vous vous rejetterez alors, dans votre détresse, sur l'insuffisance d'une méthode que vous aurez été inhabile à appliquer.

Cette opinion est aussi celle de plusieurs praticiens du plus haut mérite. Voici comment M. Fallot s'exprime à ce sujet :

« Quelques auteurs ont dit, et ceux qui ont écrit depuis ont répété qu'en cautérisant les granulations, il fallait les toucher légèrement. Quelque répandu que soit ce précepte, tout appuyé qu'il est de suffrages respectables, je ne puis l'admettre, et le considère plutôt comme le résultat d'une spéculation de cabinet, que de l'observation des malades. D'après mon expérience, il faut cautériser fortement, intéresser à la fois toutes les granulations répandues sur une paupière, si l'on veut guérir sûrement et promptement. »

Les effets de la cautérisation seront d'autant plus prompts qu'on y aûra eu recours à une époque plus rapprochée de la période d'invasion. Employée à propos, elle deviendra souvent, maniée par un praticien exercé, un véritable

moyen abortif. Les granulations comptent parmi ces affections qu'il faut tuer immédiatement sur place, si l'on veut les combattre avec fruit et en prévenir les conséquences.

Lorsque nous sommes appelé à donner des soins à un granuleux, nous formulons aussitôt la proposition suivante :

Ramener à l'état inflammatoire simple une muqueuse atteinte d'inflammation spécifique. Une fois le résultat obtenu, combattre la phlegmasie simple par les moyens habituels ; de la sorte, nous établissons en termes précis les indications et les limites du traitement modificateur.

Avant de pratiquer la cautérisation, on doit prendre les précautions nécessaires pour qu'elle soit efficace et pour qu'elle n'agisse que sur les parties que l'on veut détruire ou modifier.

Ainsi, quand il s'agit d'une conjonctivite granuleuse, on doit renverser les conjonctives de telle sorte que l'altération spécifique soit mise à découvert dans toute son étendue. On ne saurait prendre trop de soins quand on retourne la paupière supérieure.

Dans le renversement ordinaire, la partie de la conjonctive qui se trouve immédiatement sous l'orbite ne se découvre point ; il est possible de cautériser les granulations de la région tarsienne, mais celles de la région sous-orbitaire échappent; de là insuccès et récidives. Pour bien cautériser la paupière supérieure, il est donc nécessaire, en même temps qu'on relève fortement la paupière, d'appuyer sur l'orbite, de faire basculer le cartilage tarse, la conjonctive apparaît alors dans toute son étendue et le mal peut être atteint partout où il se trouve. A la paupière inférieure, il ne se présente aucune difficulté. Quand on cautérise la paupière supérieure, le malade doit regarder en bas, c'est le contraire pour la paupière inférieure.

L'action du caustique, avons-nous dit, doit être égale partout ; en règle générale, on cautérisera d'autant plus profondément que les granulations seront plus anciennes et plus invétérées.

Avant d'employer l'agent caustique, le pus et toutes les matières qui lubrifient la conjonctive doivent être soigneusement enlevés à l'aide d'un linge fin, on passe sur les granulations à rebrousse poils, de manière à les écarter et à permettre qu'elles soient atteintes par le caustique dans une plus grande étendue et dans une plus grande profondeur. On cautérise d'abord à rebrousse poils, puis dans le sens de leur inclinaison.

La cautérisation étant faite, on évite que son action se déplace, se porte sur la sclérotique ou sur la cornée transparente. Pour obvier à cet inconvénient, on maintient les parties dans la position où on les avait mises pour pratiquer l'opération, puis, avec un pinceau imbibé d'huile fine, on parcourt légèrement et à plusieurs reprises la surface cautérisée ; on évite que l'huile qui a servi à éteindre l'action du caustique coule sur la figure ; enfin, on remet doucement les paupières dans leur position normale; par ce procédé on prévient les adhérences qui se forment si aisément entre la conjonctive palpébrale et la conjonctive oculaire, et l'on garantit l'intégrité de l'organe de la vision.

Si la cautérisation provoquait des douleurs trop fortes, on remplacerait l'huile fine par l'huile belladonée ou par l'huile de jusquiame, etc.

Lorsque nous faisons usage d'un caustique liquide, outre les applications oléagineuses dont nous venons de parler, nous étendons sur la surface cautérisée, avant de remettre la paupière en place, un léger feuillet d'ouate, afin d'établir un isolement complet ; nous utilisons particulièrement ce moyen lorsque nous employons le nitrate acide de mercure. Après une heure de

séjour nous retirons cette ouate, l'action du caustique étant ordinairement épuisée.

La cautérisation doit être fréquemment répétée pour empêcher le germe granuleux de se reproduire et de régénérer les granulations que l'on s'efforce d'anéantir. La repullulation des granulations est excessivement rapide et facile; une goutte de pus suffit pour provoquer ce résultat, dès lors il ne faut point s'arrêter dans l'application des agents de destruction, tout retard serait fatal; ici le *festina lentè* des auteurs conduirait à l'incurabilité. L'indication est donc formelle : à la résistance du mal, il faut opposer la persistance du remède.

La première cautérisation étant faite, les symptômes de réaction étant conjurés, dès que l'on aperçoit une goutte de pus, l'eschare n'étant pas même éliminée, il n'y a pas de temps à perdre, il faut retourner les paupières, les nettoyer et procéder à une nouvelle cautérisation.

On renouvelle cette manœuvre jusqu'à ce que l'on voie la muqueuse conjonctivale reprendre ses caractères normaux, jusqu'à ce que l'on reconnaisse un travail régulier de résolution et de réparation.

Ce qui précède indique avec quel soin il faut observer un granuleux, puisqu'au début du traitement on doit le cautériser tous les jours et même deux et trois fois par jour.

La cautérisation, pour être efficace, doit atteindre les tissus altérés dans toute leur profondeur; il est clair dès lors que le choix du caustique n'est pas indifférent. Jusqu'à présent on a presque toujours employé le sulfate de cuivre et le nitrate d'argent fondu. Ces agents, convenablement appliqués, produisent incontestablement de bons effets; cependant, leur action nous paraît trop superficielle pour que nous leur accordions notre prédilection dans tous les cas. Nous ne le condamnons pas pourtant, nous avons nous-même recours au nitrate d'argent, en crayon ou en dissolution concentrée, dans la plupart des cas, lorsque les granulations sont récentes, aiguës, peu invétérées ou qu'elles sont déjà arrivées à leur période de déclin, ou enfin lorsqu'elles ont envahi les conjonctives des jeunes enfants sous le nom d'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Chez les nouveau-nés, pour dire un mot en passant du traitement que nous leur faisons subir, nous avons eu recours, suivant la gravité de l'affection, à la cautérisation par la pierre infernale, aux instillations avec une solution de sublimé ou de nitrate d'argent. Nous avons remarqué que chez les enfants les granulations disparaissent beaucoup plus vite et plus facilement que chez l'adulte, ce qui tient à un degré d'organisation moins avancé.

Mais chez l'adulte, lorsque les granulations sont chroniques, rebelles, fortement développées, un agent modificateur plus puissant devient indispensable ; le nitrate d'argent ne peut plus rien contre la tenacité du mal ; voilà pourquoi nous avons appelé à notre secours le nitrate acide de mercure.

Le nitrate acide de mercure est un caustique très actif, il pénètre et modifie avec facilité les tissus sur lesquels on le dépose ; son action sur les productions spécifiques est extraordinaire, on connaît ses brillants succès contre les affections du col de la matrice, et surtout contre les granulations de la muqueuse de cet organe. Ce sont ces résultats heureux qui nous ont conduit à en tenter l'application dans les granulations conjonctivales rebelles et invétérées. Les succès que nous en avons obtenus ont justifié nos prévisions.

N'est-il pas téméraire ou tout au moins dangereux d'employer contre une maladie qui affecte un organe aussi délicat que l'œil un médicament si énergique, et qui peut si aisément provoquer les accidents les plus graves? Sans doute,

nitrate acide manié par des mains imprudentes ou inexpérimentées provoquerait peut-être de funestes conséquences, mais elles ne sont pas à redouter l'on s'entoure des précautions indispensables. Il ne faut jamais l'appliquer busivement, il faut que l'on mesure exactement la dose de nitrate acide qui era déposée sur la conjonctive ; la puissance et l'étendue d'action de cette ose doit être calculée, et la puissance caustique ne peut en aucun cas dépasser volonté du chirurgien. En tenant compte de ces précautions, l'activité du niate acide de mercure deviendra une qualité précieuse au lieu d'être un danger.

Pour pratiquer la cautérisation avec le nitrate acide de mercure, on place malade sur une chaise en face du grand jour ; un aide tient la tête du atient à demi inclinée en arrière. On fixe les mains et les bras. L'opérateur e place entre les jambes du patient, de telle manière qu'il puisse avec les oudes s'opposer à des mouvements brusques, involontaires, provoqués par la ouleur. Il relève et renverse la paupière supérieure d'après les règles que ous avons prescrites, il nettoie et absorbe tous les liquides qui lubrifient la onjonctive; puis il prend un pinceau confectionné avec un peu d'ouate roulée et serrée sur un stylet, il le trempe dans le nitrate acide, le secoue nsuite de façon à ne pas avoir une quantité surabondante de liquide causique, et l'applique enfin sur la surface granulée en la parcourant légèrement en différents sens.

Cette cautérisation doit être faite lentement et avec prudence. Quand une artie de la conjonctive a subi l'action du nitrate acide, il survient aussitôt ne abondante sécrétion de larmes, la portion granuleuse non touchée offre un ravail d'exsudation très actif. Pour conjurer cette complication, on recouvre 'un linge fin la conjonctive que l'on va cautériser, et l'on ne laisse à découert que la partie qui va être soumise en premier lieu à l'action du caustique ; u fur et à mesure que l'on étend la cautérisation, on dégage les parties nalades. On procède d'abord de l'angle interne de l'œil vers l'angle externe, uis on revient en sens inverse, en s'entourant des mêmes soins. La cautériation terminée, on absorbe la partie de liquide surabondante, puis, avec un inceau trempé dans l'huile fine ou dans l'huile belladonée, on parcourt lusieurs fois toute la surface cautérisée; on attend une instant, on place un etit feuillet d'ouate isolant, et l'on remet la paupière en place.

On renverse ensuite la paupière inférieure et l'on opère comme nous venons le l'indiquer.

Si les granulations ont envahi les deux yeux, on peut, sans désemparer, les autériser dans la même séance quand la première opération n'a pas été trop loulourense ; sinon l'on remettrait la cautérisation du second œil à quelques eures, jusqu'à ce que les premières douleurs soient calmées.

Ordinairement cinq ou six applications de nitrate acide suffisent pour nodifier l'état de la conjonctive ; du reste, si quelques points granuleux solés persistaient, on les ferait disparaître avec la pierre infernale ou avec les collyres au nitrate d'argent ou au sulfate de zinc.

Il se développe après la cautérisation au nitrate acide de mercure un mouvement fluxionnaire assez intense accompagné d'une douleur assez vive ; les rrigations d'eau froide, les instillations calmantes ne tardent pas à les faire disparaître. Les eschares produites par le nitrate acide s'éliminent rapidement, son action n'est pas plus dangereuse pour les organes environnants que celle du nitrate d'argent. Les eschares détachées laissent voir une surface saignante d'un rouge vif, la tuméfaction semble être moins considérable. Un des effets les plus remarquables du nitrate acide, c'est l'activité résolutive qu'il provoque dans les tissus engorgés et durcis.

Il est bien entendu que tout en employant ce traitement local, puissammen modificateur, que l'on cautérise soit avec le nitrate d'argent liquide ou solide soit avec le nitrate acide de mercure, on fait marcher de front tous les autre moyens que les circonstances exigent et que nous allons passer en revue.

Irrigations continues. — Si la cautérisation est la base du traitement modi ficateur de l'ophthalmie granuleuse, si elle combat le mal dans ce qu'il d'essentiel, il n'en est pas moins vrai que, pour arriver à un dénoûmen satisfaisant, il se présente d'autres indications qui, bien remplies, sont d'un puissant secours.

Il ne faut point se contenter, dans l'ophthalmie granuleuse, d'attaquer l spécificité du mal, il faut encore atteindre la forme sous laquelle cette maladi se révèle, détruire ses complications et favoriser le mouvement résolutif, dè qu'il tend à se manifester. Pour arriver à ce but, il y a plusieurs moyens, e les irrigations continues comptent parmi les plus énergiques. Nous ne sau rions trop recommander d'y avoir recours, surtout dans la première périod de la maladie, car pour être utiles les irrigations ont aussi leurs inconvénient lorsqu'on en fait un usage abusif.

Dès 1849, nous n'avons cessé de recommander cette méthode thérapeutique dans le but de combattre les symptômes phlegmasiques si redoutables d l'ophthalmie granuleuse, de conjurer les conséquences de la cautérisation e la funeste influence de la sécrétion si active du pus virulent. Depuis long temps on avait préconisé les lotions et les fomentations fraîches, mais ce moyens étaient plutôt hygiéniques que curatifs.

Les irrigations continues sont un antiphlogistique excellent, elles modèren le mouvement fluxionnaire, favorisent le dégorgement des tissus, et de plu préviennent les complications graves qui peuvent résulter de l'accumulatio du pus sous les conjonctives et de son contact âcre et corrosif avec le glob oculaire. Après la cautérisation, elles tempèrent la congestion passagère qu vient à sa suite et calment l'exagération de la sensibilité.

Les irrigations continues conviennent dans les dix premiers jours d l'ophthalmie, précisément pendant cette période où l'on doit recourir fré quemment à la cautérisation; lorsque le mal paraît vouloir céder, lorsque l'o peut se ralentir dans l'emploi des agents modificateurs, il est convenable auss de diminuer l'activité des irrigations, de les suspendre pendant plusieur heures, et puis de les cesser complétement; si l'on négligeait ces précautions on dépasserait le but, on verrait se produire un état de congestion passive, un sorte d'engourdissement dans la vitalité de la conjonctive, qui entraverait l travail de résolution qui tend à apparaître, et dont on a si grand besoin.

Lorsqu'on établit le système des irrigations, dans les premiers jours surtout une condition indispensable c'est qu'elles soient continues, la nuit comme l jour; si on les suspend un instant, ce ne doit être que pour permettre d pratiquer la cautérisation; cette dernière terminée, elles doivent être reprise aussitôt. Cette continuité d'action est d'autant plus facile que les irrigation n'apportent aucun obstacle à l'application d'autres remèdes.

Les irrigations continues, considérées comme antiphlogistiques, se font ave de l'eau froide; cependant si l'on craint que le froid ne provoque un trop gran état de torpeur, on se sert d'une eau un peu tiède. Si l'on croit utile de leu donner une légère puissance astringente, on fait dissoudre dans l'eau une cer taine quantité d'acétate de plomb ou de sulfate d'alumine; si l'individu joui d'une grande sensibilité, s'il est tourmenté par des douleurs trop vives, o peut pratiquer ces irrigations avec une décoction de pavot laudanisée ou ave une décoction de feuilles de belladone.

Notre appareil à irrigation est des plus simples; il ne s'agit pas ici d'instruments particuliers, tout praticien peut le confectionner immédiatement dès qu'il se trouve près d'un granuleux; à cet effet, on prend une bouteille ordinaire dont le fond est percé, afin que l'on puisse à volonté renouveler le liquide destiné aux irrigations. Le goulot de la bouteille est bien bouché; le bouchon est percé à son centre d'une ouverture qui communique avec la cavité de la bouteille, dans cette ouverture on introduit un petit tube en verre, un tuyau de pipe ou un fétu de paille. La bouteille ainsi préparée est remplie d'eau; on la renverse et on l'engage dans une branche horizontale mobile fixée à un support que l'on place auprès du lit du malade — on dirige alors le petit tube sur l'œil malade et l'eau tombe sans cesse, goutte à goutte, sur la conjonctive altérée; — quand la bouteille est vide, on la remplit aussitôt sans déranger l'appareil;—il ne faut pas que les irrigations se fassent d'une très grande hauteur, la rapidité de la chute du liquide serait douloureuse; généralement, dans notre pratique, la distance qui sépare l'œil du tube annexé au goulot de la bouteille est de douze à seize centimètres.

On pourrait encore remplacer cet appareil par un syphon que l'on fabriquerait avec une noisette percée de deux trous dont les axes formeraient un angle aigu; on introduirait dans ces trous deux fétus de paille dont l'un viendrait déverser sur l'œil malade le liquide aspiré par l'autre.

Pendant les irrigations, le malade est placé de la manière suivante : sa tête repose sur une vaste toile cirée qui recouvre l'oreiller et une partie du lit; cette toile cirée est disposée de telle façon que le liquide, après avoir servi aux irrigations, découle avec facilité dans un vase qui est placé à terre, près du lit de l'ophthalmique. Nous avons soumis tous nos granulés à ce traitement, et tous s'en sont très bien trouvés; ses avantages ont été incontestables toutes les fois que nous n'avons pas dépassé le but, en persistant trop longtemps dans son emploi. — Inutile de dire que le malade doit rester dans une tranquillité absolue, afin de ne point laisser égarer le liquide sur des parties qui ne le réclament pas.

Antiphlogistiques. — Émissions sanguines, purgatifs, etc. — La saignée générale ne convient qu'à l'état aigu, lorsque la phlogose est intense, le sujet jeune et vigoureux, et qu'il y a des symptômes de réaction. En dehors de ces conditions, nous évitons autant que faire se peut d'ouvrir la veine; il ne faut pas perdre de vue que, quelle que soit la violence phlegmasique, le malade ne doit cependant pas être épuisé, si l'on veut qu'il présente une résistance avantageuse aux ravages du mal, et si l'on veut, en temps opportun, voir surgir un travail résolutif favorable. Mais si nous sommes très réservé dans l'emploi de la saignée générale, nous le sommes moins dans l'application des sangsues — nous combattons activement le mouvement phlegmasique conjonctival en appliquant, à plusieurs reprises, des sangsues aux apophyses mastoïdes ou aux aîles du nez, nous favorisons l'écoulement du sang autant que possible, nous ne nous laissons diriger, dans la quantité de sang que nous extrayons, que par la force du sujet et la violence des accidents phlegmasiques. Dans certains cas, nous remplaçons les sangsues par les scarifications de la muqueuse nasale qui, bien faites, produisent un écoulement assez abondant de sang, et deviennent ainsi un moyen antiphlogistique plus économique et moins embarrassant que l'application des sangsues.

Pendant que nous modérons le mouvement phlegmasique conjonctival par les émissions sanguines, nous tâchons d'opérer une dérivation salutaire sur les voies digestives à l'aide d'un purgatif salin, de l'huile de ricin, et d'autres fois par l'administration de la potion de Chopart qui, outre son action purga-

tive, paraît encore posséder la propriété de diminuer, de tarir la sécrétion des muqueuses. Chez les individus faibles, lymphatiques, ces purgatifs sont les seuls moyens généraux que nous employions; dans tous les cas, les purgatifs salins sont indiqués quand les voies digestives sont embarrassées ou troublées dans la régularité de leurs fonctions; il est même des circonstances où l'on doit prescrire le tartre stibié en lavage.

On peut aider l'action de ces agents thérapeutiques par des frictions mercurio-belladonées à la région frontale; plus tard, lorsque les accidents ont perdu de leur acuité, par l'administration du calomel à l'intérieur — tous les remèdes ne doivent pas être donnés à la fois, c'est ici que doit briller le tact du praticien, c'est ici qu'il doit discerner, d'après les faits qu'il observe, quels sont les médicaments qui conviennent et quels sont ceux qui ne conviennent pas.

Scarification et excision du chémosis et des paquets granuleux. — Une des complications les plus dangereuses de l'ophthalmie contagieuse est sans contredit le chémosis. Il est toujours grave, mais il peut prendre un tel développement, comprimer si fortement la cornée, qu'à chaque instant on peut la voir crever et donner lieu à une hernie de l'iris, à un staphylôme. Il importe donc de conjurer à temps ce funeste événement. Pour cela nous recourons aux scarifications du chémosis s'il n'est pas trop considérable, si nous prévoyons qu'un dégorgement sanguin suffira pour le faire diminuer, sinon, nous n'hésitons pas, nous l'enlevons; — cette pratique nous a généralement réussi. Nous opérons les scarifications à l'aide d'une lancette sur toute la circonférence du chémosis, nous les renouvelons autant de fois qu'il est nécessaire, jusqu'à ce qu'enfin nous ayons obtenu le résultat désiré.

L'excision du chémosis se fait à l'aide de petits ciseaux courbes et de petites pinces à dents de souris; on attire vers soi le chémosis, puis on l'excise; pour le segment supérieur le malade doit regarder en bas, pour le segment inférieur il doit regarder en haut. Il est indispensable d'éviter pendant cette opération d'exercer la moindre compression sur le globe oculaire, car on se rappellera que la cornée est ramollie et que la moindre compression serait capable de hâter l'accident que l'on veut prévenir. Après ces opérations, il se fait un écoulement abondant de sang que l'on doit regarder comme utile, et que l'on doit favoriser par les irrigations continues avec de l'eau tiède.

A l'état chronique, les granulations ont acquis parfois un volume et une dureté considérables; dans ces conditions, la cautérisation même au nitrate acide serait inefficace ou devrait être opérée avec une persistance qui ne serait pas sans danger; pour obvier à ces inconvénients, nous pratiquons de profondes scarifications dans le tissu granulé que nous cautérisons ensuite, après avoir toutefois permis aux parties de se dégorger, ou bien nous saisissons les paquets granuleux avec des ciseaux courbes et nous les enlevons; le sang coule abondamment; lorsque cet écoulement est arrêté, nous cautérisons avec une solution concentrée de nitrate d'argent, de manière à prévenir la reproduction des paquets excisés.

C'est à la période de chronicité que nous recommandons l'application des révulsifs. — Un vésicatoire, un séton à la nuque, l'emplâtre stibié entre les deux épaules peuvent produire des avantages incontestables.

Localement, on pourrait dans le même but recommander de toucher avec la teinture d'iode ou l'application des poudres astringentes telles que l'acétate de plomb, etc.

Occlusion palpébrale. — L'ophthalmie granuleuse peut n'affecter qu'un seul œil; dans ce cas, il est de la dernière importance de préserver l'autre. Pour obtenir ce résultat, nous pratiquons l'occlusion de l'œil sain, à l'aide d'un

bandage que nous confectionnons avec de la ouate et des compresses graduées, que nous maintenons par une bande amidonnée. Ce simple appareil a toujours été suffisant pour conjurer la contamination.

Diététique. — Au début de l'ophthalmie, le régime doit être mis en harmonie avec le traitement; c'est assez dire que la diète sera absolue et que l'on n'accordera pour boisson que des décoctions émollientes, diurétiques ou des limonades rafraîchissantes. Plus tard, lorsque les symptômes inflammatoires auront cédé, on se relâchera de cette sévérité; on satisfera la faim, mais nullement l'appétit; car tout en rendant des forces, désormais nécessaires pour amener la guérison, il faut ménager la sensibilité stomacale pour que les fonctions, momentanément suspendues, s'accomplissent régulièrement.

Pendant toute la durée du traitement, l'ophthalmique sera placé dans une chambre peu éclairée, dont la température ne sera ni trop chaude ni trop froide.

Lorsque, par l'emploi méthodique des moyens thérapeutiques que nous venons d'indiquer, on aura obtenu et la modification de la conjonctive granulée, et la disparition des accidents phlegmasiques que nous avons signalés, on provoquera alors le travail de résolution et de réparation, que l'on soutiendra jusqu'à guérison radicale. Dans ce but, de temps en temps, on instillera dans l'œil quelques gouttes d'un collyre au nitrate d'argent (un grain par once); si on le préfère, on pourra également utiliser les collyres au sulfate de zinc, à l'acétate de plomb, ainsi que le tannin et ses diverses préparations. Habituellement, quand les granulations sont anéanties, tout marche rapidement vers la guérison.

Il arrive que la destruction granuleuse n'est qu'apparente, quelques granulations isolées restent sur la conjonctive ou se cachent sous l'orbite; il ne faut point se réfugier dans un repos qui deviendrait un jour ou l'autre fâcheux; ces petites granulations, si innocentes qu'elles paraissent, doivent être entièrement détruites.

A cette période du traitement, il est urgent de s'assurer de la constitution du sujet et des dispositions organiques et diathésiques qu'il peut présenter; suivant cette constitution et ces dispositions, on établira un traitement général et un régime appropriés; sans cela, la résolution deviendrait difficile et la guérison se ferait attendre.

Telle est la médication que nous préconisons pour combattre l'ophthalmie granuleuse purulente, contagieuse. Cette médication nous a donné de brillants succès dans les cas les plus graves, les plus difficiles. Nous avons foi dans les moyens dont elle dispose, parce que ces moyens sont rationnels, reposent sur des indications précises, tirées de l'analyse scrupuleuse des faits et répondent à toutes les exigences. Notre thérapeutique est énergique, parce qu'elle s'appuie sur cette conviction profonde, que l'ophthalmie granuleuse est une maladie redoutable, dont les conséquences sont souvent fatales si l'on hésite dans l'application des moyens propres à les conjurer. Du reste, on nous rendra cette justice, c'est que plus nos agents thérapeutiques sont puissants, plus aussi nous insistons sur les précautions dont on doit s'entourer pour en obtenir les effets salutaires.

Quel accueil est-il réservé aux idées et aux faits consignés dans ce travail? L'avenir seul en décidera. — Nous nous y soumettrons, si par des faits mieux observés, mieux interprétés, on nous démontre que nous sommes dans l'erreur. Nous avons fait tous nos efforts pour faire jaillir la lumière sur une question bien obscure; si nous n'y sommes point parvenus et si d'autres y parviennent, nous sommes prêts à la reconnaître lorsqu'on nous la montrera, et nous serons heureux d'oublier nos propres travaux pour nous associer, dans notre pratique, à un progrès désormais évident, qui enrichira la science et que bénira l'humanité.

§ X.

Conclusions. — Il y a une ophthalmie contagieuse, virulente dans sa cause spécifique dans ses effets. Cette cause virulente est unique, ne se propage que par contact immédiat ou médiat, les autres modes de propagation que l'on a invoqués n'étant rien moins que prouvés. Ces effets spécifiques sont renfermés en germe dans leur cause productrice, ils sont invariables dans leur nature, ils sont sans analogues, et régénèrent la cause qui leur a donné naissance. Nous désignons la cause de l'ophthalmie contagieuse sous le nom de *virus granuleux*, et ses altérations spécifiques sous celui de *granulations.*

Le tissu muqueux est le seul sur lequel le virus granuleux puisse agir par contamination et provoquer l'évolution de ses altérations spécifiques. Jusqu'à présent nous n'avons rencontré les granulations que sur la conjonctive, la muqueuse urétrale, vaginale et utérine. Dans ces différents siéges, nous avons toujours reconnu que le virus granuleux agissait de la même manière et produisait des altérations identiques. La transmission granuleuse peut partir d'une de ces muqueuses pour atteindre les autres.

Les ophthalmies contagieuses, purulentes, granuleuses, connues sous les noms d'ophthalmie égyptienne, des camps, de l'armée, d'ophthalmie blennorrhagique et d'ophthalmie contagieuse des nouveau-nés sont en réalité une seule et même affection, elles ne varient que par les circonstances au milieu desquelles on les a observées, et par les désignations différentes qu'on leur a données.

L'identité que des auteurs ont cherché à établir entre l'ophthalmie catharrale suraiguë et l'ophthalmie granuleuse spécifique est impossible, en raison et en fait.

Les granulations spécifiques de l'ophthalmie contagieuse, quelles que soient les conditions qui président à leur développement, n'ont rien de commun avec ce qu'on a appelé si improprement granulations charnues et granulations vésiculaires. Ces dernières, conséquences ordinaires de l'engorgement inflammatoire ou hypertrophique des follicules conjonctivaux, s'observent fréquemment dans l'ophthalmie catarrhale suraiguë avec sécrétion muco-purulente. Le produit muco-purulent de cette phlegmasie catarrhale peut représenter une cause irritante; mais, dans aucun cas, quoi que l'on fasse, on ne le convertira en une cause contagieuse.

C'est à tort que l'on a appelé granuleuses, et que l'on a considéré comme spécifiques des altérations essentiellement vulgaires, tels que des kystes, des fongosités, des callosités, etc. Ces aspérités conjonctivales ne sauraient jamais être des granulations.

L'ophthalmie granuleuse spécifique se révèle constamment sous la forme inflammatoire. L'inflammation granuleuse, quel que soit son degré d'acuité, présente dans son développement, dans ses symptômes, dans sa marche et sa durée une physionomie toute particulière que l'on ne rencontre dans aucune autre phlegmasie.

La thérapeutique de l'ophthalmie granuleuse doit être, dès le début, puissamment modificatrice; on ne doit pourtant point négliger les moyens capables de modérer, en même temps qu'on la modifie, la violence de l'inflammation et de prévenir ses funestes complications. Le traitement de l'ophthalmie granuleuse étant complexe, devant satisfaire à de nombreuses indications, réclame une série de moyens différents, destinés à s'entr'aider réciproquement. Ces moyens, administrés avec prudence et discernement, aboutissent généralement à une guérison prompte et complète.

III

MÉMOIRES SUR L'ÉTAT DE L'OPHTHALMOLOGIE

DANS LES DIFFÉRENTS PAYS.

DE L'OPHTHALMOLOGIE EN AMÉRIQUE

PAR LE DOCTEUR GROSS,
Médecin du Jefferson Medical College, à Philadelphie.

Bien que les États-Unis aient le bonheur de ne posséder aucune armée qui puisse propager l'ophthalmie militaire, comme il paraît que cela se voit en Belgique et dans les autres royaumes, états et empires de l'Europe, l'affection connue sous ce nom n'en n'est pas moins répandue dans presque tous les états de l'Union, aussi bien dans les villes et les cités que dans les campagnes. Dans le Kentucky, le Tennessée, le Mississipi, la Louisiane, l'Indiana et l'Illinois, l'affection oculaire la plus fréquente est la conjonctivite granuleuse. Dans quelques-uns de ces états, particulièrement dans les deux derniers, elle règne parfois d'une manière endémique. Dans les riches campagnes des basses terres de ces deux états, les fièvres intermittentes et les névralgies sont très fréquentes, et j'ai souvent pensé que la conjonctivite granuleuse avait, comme ces deux genres d'affections, une origine paludéenne (mal'aria). Toutefois je n'ai aucune preuve positive de la vérité de cette assertion. Tout ce que je sais d'une manière certaine, c'est que les personnes qui, dans ces districts, habitent le long des rivières, et les bateliers qui naviguent constamment sur nos eaux de l'ouest et du sud-ouest, sont tout particulièrement sujets à cette variété d'ophthalmie. L'inflammation se développe d'ordinaire avec une grande rapidité. Ainsi, une personne qui est parfaitement saine le soir, s'éveille souvent le matin avec les yeux extrêmement tuméfiés et douloureux, la conjonctive très rouge, et bientôt l'on voit survenir un écoulement abon-

dant puriforme ou muco-purulent, en même temps qu'un larmoiement considérable et une photophobie extrême. La surface interne des paupières offre promptement un aspect villeux qui, dans l'espace de quelques jours, généralement deux ou trois, est remplacé par des granulations volumineuses, qui sont surtout nombreuses et proéminentes à la paupière supérieure, où elles revêtent souvent la plus grande ressemblance avec les granulations d'une plaie de bonne nature.

Dans les états dont je parle, qui sont si remarquables par la richesse et la fertilité de leur sol d'alluvion, la conjonctivite granuleuse se rencontre rarement chez les enfants. Parmi plusieurs centaines de malades atteints de cette affection, auxquels j'ai donné mes soins pendant seize ans que j'ai habité Louisville dans le Kentucky, très peu avaient moins de vingt ans. A partir de cette période de la vie, tous les autres âges y étaient également sujets. Je l'ai souvent rencontrée sur des personnes qui avaient dépassé la soixantaine. Néanmoins elle est plus fréquente chez les jeunes adultes. Les femmes aussi sont rarement atteintes, simplement peut-être parce qu'elles sont moins exposées que les hommes à ses causes excitantes. C'est probablement pour la même raison qu'elle est rare chez les enfants. Les deux yeux sont ordinairement entrepris, soit simultanément soit successivement.

Dans la forme la plus intense, la maladie s'accompagne d'un gonflement considérable des paupières, et parfois de chémosis ou œdème du tissu cellulaire sous-conjonctival; dans ce dernier cas, elle se termine souvent par la gangrène de la cornée et la destruction complète de la vue ; toutefois cette terminaison est rare. Le plus souvent, l'inflammation revêt la forme chronique, se prolonge pendant des mois et même des années, amenant graduellement l'opacité de la cornée, la désorganisation des tissus profonds de l'œil, et finalement la perte de la vision. Dans les basses terres de l'Indiana et de l'Illinois, beaucoup de cas de cécité complète sont dus à cette cause.

Quant à l'écoulement qui accompagne cette forme de la conjonctivite, j'ai acquis la preuve complète qu'il est contagieux par contact immédiat. Je dirai à l'appui de cette remarque que j'ai vu cette inflammation se communiquer à des personnes saines pour s'être lavées dans le même bassin ou essuyées avec le même linge que des personnes malades. Je connais de nombreux exemples dans lesquels la maladie a affecté plusieurs membres de la même famille, souvent quatre, six ou même huit, et plusieurs cas dans lesquels elle a envahi tous les commensaux d'un pensionnat nombreux. Il ne serait pas philosophique d'affirmer que, dans tous ces cas, elle s'est produite par le contact sur des yeux sains du produit de la sécrétion d'une conjonctive enflammée; car la même cause qui l'a produite chez le premier sujet peut très bien l'avoir déterminée sur un second, puis sur un troisième, et ainsi de suite pour tous.

Quant aux causes excitantes de cette affection, nous ne les connaissons réellement pas. Il est excessivement probable qu'elle se développe sous l'action de quelque influence atmosphérique, mais nous ignorons la nature précise de cette influence. Toutefois, je suis disposé à croire, ainsi que cela a déjà été avancé, que cette influence a quelque rapport intime avec l'infection palustre (*mal'aria*) qui, dans presque tous les États du sud-ouest de l'Amérique du nord, joue un rôle si désastreux dans la production de presque toute espèce de maladies, fièvres, névralgies, dyssenteries et pneumonies. Il y a trois circonstances qui rendent cette idée plausible : 1° la soudaineté de l'invasion de l'ophthalmie granuleuse; 2° sa persistance extraordinaire dans les régions miasmatiques; 3° le fait qu'elle est surtout commune chez ceux qui s'exposent aux intempéries et aux vicissitudes atmosphériques. Il ne faudrait

cependant pas induire de mes remarques que je prétende que la conjonctivite granuleuse ait le caractère intermittent, ni qu'elle soit susceptible d'être guérie par les antipériodiques, tels que le quinquina et l'arsenic.

Relativement au traitement de cette maladie, je n'ai absolument rien de satisfaisant à fournir. Je me bornerai à dire que j'ai essayé scrupuleusement et pendant longtemps tous les moyens de traitement connus, et que souvent je n'ai abouti qu'au désappointement le plus absolu. Depuis quelques années, je me borne principalement à l'excision des granulations, surtout lorsqu'elles sont plus exubérantes qu'à l'ordinaire, aux scarifications des paupières, et à l'application, tous les deux jours, du sulfate de cuivre en substance, avec un séton à chaque bras, en même temps que je surveille le régime et la liberté du ventre et des sécrétions. Lorsque la santé générale est en souffrance, je prescris la quinine et le fer, ou le fer avec l'extrait de quinquina, des aliments légers, mais nourrissants, et l'exercice en plein air. La poudre de Dower, administrée à la dose de 16 à 20 grains au moment du coucher, agit souvent très heureusement, en diminuant la douleur et la photophobie, ainsi que l'écoulement du pus et des larmes. Les sangsues et les ventoûses scarifiées m'ont fort peu réussi. Je me suis quelquefois fort bien trouvé de faire lotionner les yeux, le front et les tempes avec l'eau salée chaude. L'extrait de Goulard, l'acétate de plomb et le sulfate d'alumine en solution, à divers degrés de concentration et combinés diversement, m'ont aussi rendu des services, mais beaucoup moins que le sulfate de cuivre. Dans les dernières périodes de la maladie, ou lorsque la violence de l'inflammation a diminué, j'ai employé avec un succès signalé l'onguent à l'oxyde rouge de mercure très étendu (*unguentum hydrargyri oxydi rubri*, *U. S.*), et celui de nitrate de mercure (*unguentum hydrargyri nitratis*, *U. S.*) appliqués deux fois par jour au bord libre de la paupière inférieure.

L'ophthalmie purulente sans granulations est une maladie très rare dans ce pays; elle cède en général beaucoup plus facilement. Elle se déclare parfois chez les enfants, quelques jours après la naissance, sans cause appréciable, et s'accompagne d'un gonflement considérable des paupières, d'un écoulement purulent abondant, et d'une altération considérable de la coloration normale de la conjonctive.

Après beaucoup d'essais, le moyen que j'ai trouvé le plus efficace est la solution de bi-chlorure de mercure, dans la proportion, pour les enfants nouveau-nés, d'un huitième de grain dans un drachme d'eau de chaux et sept drachmes d'eau commune. On injecte toutes les deux heures cette solution sous les paupières, après les avoir auparavant nettoyées à l'aide d'une injection d'eau tiède. J'administre toujours en même temps une petite dose de poudre de Dower et de calomel, un quart à un tiers de grain de la première, et un huitième de grain du second environ, trois à quatre fois par jour. Pour les adultes, on doit augmenter la quantité du bi-chlorure de mercure.

L'ophthalmie scrofuleuse est aussi très commune parmi nous ; mais d'après ce que j'en ai vu, elle n'offre rien de spécial. Elle attaque d'ordinaire les enfants au-dessous de dix ans, présentant des indices manifestes de scrofule dans d'autres parties du corps, particulièrement aux oreilles, à la gorge, à la peau et aux ganglions lymphatiques du cou. Les enfants des pauvres y sont plus prédisposés que les enfants des riches, bien nourris et bien vêtus, mais néanmoins ces derniers en sont souvent attaqués. Les moyens qui réussissent entre mes mains sont : la quinine, l'opium et le tartre émétique ; je veille en même temps à la liberté du ventre, au régime, à l'état de la peau, et à ce que le malade prenne de l'exercice en plein air, mais je proscris les

révulsifs et toute espèce de collyre. Dans les cas les plus obstinés et les plus rebelles, j'ajoute d'ordinaire aux toniques une très petite quantité de bi-chlorurure de mercure, un vingtième de grain environ.

Le tartre émétique me paraît surtout utile dans les cas où il existe une opacité de la cornée; je dépasse rarement la dose d'un trentième de grain. Je considère l'opium comme un adjuvant des plus importants dans le traitement, attendu qu'il contribue beaucoup à diminuer la photophobie extrême qui constitue un des symptômes les plus remarquables de cette affection. Dans les cas chroniques de longue durée, qui s'accompagnent d'un écoulement muco-purulent considérable et d'agglutination des paupières, on se trouve souvent très bien de l'application, une fois par jour, de quelqu'une des pommades astringentes les plus douces.

L'ophthalmie névralgique, exempte de complication, est rare dans ce pays, même dans les régions miasmatiques des états du sud et de l'ouest. Elle cède d'ordinaire très facilement à d'assez fortes doses de quinine, comme dix grains administrés toutes les six ou huit heures, dans l'intervalle des paroxysmes.

La cataracte est assez commune, aussi bien dans les villes que dans les campagnes, à tous les âges et dans toutes les classes de la société.

L'étude des maladies oculaires n'a pas reçu dans ce pays toute l'attention qu'elle mérite. Nous avons à Philadelphie un hôpital spécialement consacré à leur traitement, et il y a d'excellentes infirmeries ophthalmiques à New-York, à Boston, et dans plusieurs de nos plus grandes villes. Mais dans l'intérieur des terres, ces maladies sont ou fort négligées, ou traitées exclusivement par les charlatans (*Cuacqs*).

Les seuls ouvrages d'origine américaine qui aient jamais été publiés ici sur la médecine et la chirurgie ophthalmiques sont le *Treatise on the Eye*, du docteur Fricks, et le *Manuel* du docteur Littell; ce dernier ouvrage est un abrégé admirable de tout ce qui a été écrit sur ce sujet, le premier n'est guère qu'un résumé du célèbre ouvrage de Beer. Les traités de Lawrence et de Mackenzie ont été réimprimés dans notre ville, et y sont très répandus.

L'ophthalmoscope est employé çà et là par quelques rares praticiens. Mon ami, le docteur E. Williams, de Cincinnati, est peut-être celui qui, parmi nous, en possède le mieux l'usage; il est aussi fréquemment employé par le docteur A. Hewson, ophthalmologue distingué de cette ville, et l'un des chirurgiens de Will's Hospital, où l'on traite les maladies des yeux.

J'ajouterai, pour terminer, qu'après informations prises, je n'ai point appris que l'ophthalmie, sous quelque forme que ce fût, eût jamais régné épidémiquement ou endémiquement dans notre armée; ni pendant les guerres de la révolution dans le siècle dernier, ni dans celles que nous avons soutenues contre la Grande-Bretagne en 1812-13-14, contre le Mexique il y a dix ans, ni enfin dans celles que nous avons encore de temps en temps avec les aborigènes de ce pays.

MÉMOIRE SUR LE MÊME SUJET

PAR LE DOCTEUR LITTEL,
Chirurgien au Will's Hospital, à Philadelphie.

Le chargé d'affaires de S. M. le roi des Belges m'a fait l'honneur de m'adresser, par l'intermédiaire de M. M.-S. Mange, consul de Belgique dans notre ville, une circulaire du Comité d'organisation du Congrès d'ophthalmologie qui va s'ouvrir à Bruxelles; me trouvant dans l'impossibilité d'assister en personne aux délibérations de ce corps, je lui adresse un mémoire contenant le résultat de mon expérience personnelle, sur un point d'ophthalmologie, et je le prie de l'accueillir avec indulgence.

Le Congrès doit naturellement désirer avoir quelques renseignements statistiques sur les établissements spéciaux destinés au traitement des maladies de l'œil, qui peuvent se trouver dans cette ville et dans les autres parties de l'Union américaine, je pense donc qu'une histoire sommaire de l'hôpital de Will pourra convenablement servir d'introduction aux remarques pathologiques que je vais exposer.

Cet établissement fut fondé par la personne dont il porte le nom; ce citoyen donna à la ville, dans ce but, ce qui restait de sa fortune après l'acquittement de divers legs; cette donation s'élevait à 108,596 fr.; à l'époque de l'achèvement de l'édifice, l'accumulation des intérêts avait porté cette somme à 122,548 fr. Les dépenses de construction, y compris l'achat du terrain, etc., furent de 57,203 fr. Il y eut donc un reliquat de 65,345 fr.; l'intérêt de cette somme, augmenté de quelques faibles libéralités faites par d'autres donateurs, suffit pour l'entretien de cette institution.

La première pierre fut posée en avril 1832, et en mars 1834, l'hôpital recevait des malades.

L'édifice a 80 pieds de longueur et 50 de profondeur; à son côté sud se trouve une promenade couverte, de 12 pieds de large, et s'étendant sur toute la longueur du bâtiment. Il est séparé en deux divisions principales: une pour les hommes, l'autre pour les femmes; il renferme deux vastes salles, et plusieurs petites chambres particulières, en outre de celles occupées par l'économe, le médecin résident, les infirmières et les autres personnes attachées à l'établissement.

La façade, située dans une des principales rues de la ville, est bâtie en pierres couleur de sable, et ornée de six pilastres d'ordre ionique avec un entablement et des soubassements proportionnés. On parvient à l'entrée par une rampe d'escaliers surmontée d'un portique grec d'ordre ionique à quatre colonnes. Le reste des murailles est bâti en pierres plus grossières, taillées à l'imitation de celles de la façade. Le tout présente un aspect décent et agréable.

L'hôpital est magnifiquement situé en face de l'un des parcs de la ville. La grande étendue de terrain qui lui appartient empêche qu'il ne soit entouré de trop près par des maisons particulières; les promenades ombragées qui se trouvent en face de lui assurent non-seulement la pureté de l'air et la liberté de son renouvellement, mais procurent en grande partie les influences

bienfaisantes de la campagne. La valeur de l'emplacement sur lequel il est situé a beaucoup augmenté, on peut dire qu'elle est maintenant quintuplée.

Les services sont disposés pour recevoir quarante-cinq malades. Le nombre de ceux qui le fréquentent annuellement à la consultation externe est d'environ deux mille. Les jours de consultation il vient parfois de soixante-dix à quatre-vingts personnes.

Les malades qui se présentent pour obtenir l'admission gratuite doivent fournir la preuve qu'ils mènent une vie honnête, et qu'ils sont indigents. On reçoit aussi des malades payants, ce qui permet aux administrateurs de faire plus largement profiter les pauvres des bienfaits de l'institution qu'ils ne le pourraient sans cette ressource.

L'hôpital, ainsi fondé et doté à perpétuité par son généreux bienfaiteur, est géré par un bureau composé de dix-huit administrateurs désignés par les conseils de la cité; ceux-ci confient la direction médicale à quatre chirurgiens, choisis annuellement, et qui font alternativement le service pendant trois mois. Les médecins actuellement en exercice sont MM. Littell, Haitshorne, Hewson et Hunt; le premier est attaché à l'établissement depuis sa fondation.

Conjonctivite granuleuse; trachôma; platarodes. — Quelques remarques sur l'état morbide connu généralement sous le nom de conjonctivite granuleuse me paraissent ici d'autant plus à leur place, que cette maladie est fréquente, et qu'elle figure parmi les points sur lesquels le programme du Comité a appelé l'attention.

Bien que ce ne soit qu'une suite de l'ophthalmie purulente dans ses diverses formes, cette affection n'en n'est pas moins de beaucoup la plus fréquente de celles qui se rencontrent dans les hôpitaux de ce pays; d'un autre côté, sa nature rebelle aux traitements, et les conséquences sérieuses qu'elle amène parfois : la vascularisation, l'épaississement, l'ulcération, l'amincissement et le ramollissement de la substance propre de cette membrane, l'entropion, le staphylôme, et souvent en dernier lieu la perte de la vision, lui donnent un degré d'importance qu'elle n'aurait pas sans cela.

J'ai choisi ce sujet préférablement à d'autres plus tentants, décidé que j'y ai été tant par les souffrances et les misères que cette maladie occasionne parmi les pauvres travailleurs qui en sont les victimes les plus fréquentes, que par la patience qu'il faut déployer et la longueur du temps qu'il faut consacrer à sa guérison, même dans les circonstances les plus favorables.

Cette altération de la conjonctive palpébrale se présente sous une foule de formes et à des degrés divers, depuis l'injection légère avec turgescence, — ce qui n'est en quelque sorte que l'exagération de sa texture villeuse sous l'influence d'une congestion inflammatoire — jusqu'à l'exsudation lymphatique dans l'épaisseur de la membrane, et à l'hypertrophie réelle de ses innombrables villosités.

C'est à la paupière supérieure que les désordres sont les plus apparents. Quand on la renverse en dehors, sa surface interne, et particulièrement la portion qui correspond au cartilage tarse, offre l'aspect d'un velours rouge, ou bien elle est recouverte de petites granulations constituées par les villosités augmentées de volume, se pressant les unes contre les autres, et divisées en groupes par des fentes ou fissures qui souvent deviennent béantes ou saignent par suite de l'effort nécessité pour renverser la paupière en dehors. Leur surface présente parfois un aspect tuberculeux qui ressemble assez à celui de la mûre; elle peut être pâle et dure, lorsque les granulations sont petites et nombreuses; ou rouge et molle, lorsque celles-ci sont plus grosses et comparativement peu nombreuses. Dans certains cas chroniques, la conjonctive est

couverte de nombreux petits ulcères dispersés sur sa surface ; dans d'autres, elle offre alternativement des tumeurs fongueuses et des inégalités; assez souvent, au milieu des granulations ordinaires, s'en trouvent dispersées d'autres d'une couleur plus pâle et presque demi-transparentes; il arrive même parfois qu'elles sont isolées et offrent un pédicule, ce qui les fait ressembler à des polypes en miniature.

Ces divers changements survenus à la surface interne des paupières, qui en font disparaître le poli naturel et si parfait et s'opposent à ce qu'elles s'appliquent exactement sur le globe de l'œil, sont la conséquence de diverses altérations pathologiques. A son premier degré, la lésion paraît consister principalement en une congestion vasculaire de la conjonctive et de ses villosités ; mais, à son point le plus avancé, il y a dépôt interstitiel et accroissement permanent de volume ; les granulations, comme on les appelle d'une manière impropre, par la saillie qu'elles font sur le plan dur et résistant sur lequel elles sont situées, prolongent et aggravent l'hypérémie qui leur a donné naissance, et occasionnent, par l'irritation continue du globe de l'œil, surtout lorsque celui-ci est déjà malade, diverses dégénérescences de la conjonctive de la cornée, et parfois du tissu propre de cette membrane qui se trouve sérieusement endommagé, et souvent enfin la perte de la vision. Les ulcérations qui surviennent à une période plus avancée sur la surface des paupières, sont en général liées à un état de faiblesse de l'économie. Ces fâcheuses conséquences, toutefois, ne surviennent pas dans tous les cas. La cornée conserve souvent sa transparence et la sclérotique sa blancheur, bien que les granulations, qui en pareil cas n'ont souvent pas été soupçonnées, soient dans un état de développement considérable; dans d'autres circonstances, les désordres décrits ci-dessus existent, bien que la surface des paupières soit comparativement assez lisse, montrant ainsi qu'ils sont dus à l'extension au globe de l'œil de l'inflammation primitive, indépendamment des frottements exercés par les paupières.

Dans la plupart des cas d'ophthalmie purulente, soit catarrhale, soit gonorrhéique, la maladie débute par la conjonctive palpébrale, et s'étend par continuité de tissu à la conjonctive oculaire. Lorsqu'elle s'éteint, elle suit naturellement l'ordre inverse; dans les cas récents ou peu intenses, les vaisseaux se contractent, n'admettent plus les globules rouges du sang, et l'œil revient à l'état sain en même temps qu'il reprend son aspect blanchâtre, tandis que l'inflammation persiste encore dans les points où elle a pris naissance. Lorsque les deux conditions, inégalités des paupières et vascularisation de la cornée existent à la fois, le travail de détérioration que nous avons décrit est des plus rapides.

Cette maladie survient chez des individus de tous les tempéraments ; elle peut s'accompagner d'un état de dépravation et d'irritabilité de tout le système, de dérangement des organes digestifs, de désordres fonctionnels variés et de débilité générale. La santé du malade est souvent sérieusement affaiblie par suite des souffrances prolongées auxquelles il est sujet, l'irritation oculaire, qui existe toujours à un degré plus ou moins considérable, est sujette à des paroxysmes, pendant lesquels elle s'aggrave considérablement, et qui se développent sous l'influence de l'exposition au froid, des vicissitudes atmosphériques et d'autres causes. L'inflammation, ainsi excitée, augmente l'état morbide des paupières et du globe oculaire, et accélère, par les altérations pathologiques qu'elle détermine, l'affaiblissement ou la destruction de la vision.

Dans les cas de cette nature, l'amélioration de la santé générale fournit la

meilleure indication du succès du traitement; en effet, à mesure que celle-ci se manifeste, on voit les vaisseaux dilatés recouvrer leur tonicité, et l'état morbide de la conjonctive, qui jusqu'alors avait résisté aux efforts les mieux dirigés, disparaît soit spontanément, soit sous l'influence de quelque léger astringent. L'irritation est souvent augmentée en pareil cas par une intervention malhabile, soit que l'on persévère trop longtemps dans l'emploi de quelque application locale mal choisie, soit, ce qui est encore plus malheureux, que l'on vienne à avoir recours aux déplétifs ou à d'autres moyens débilitants. Tous les symptômes s'aggravant alors, la douleur devient intense et circum-orbitaire, et il en résulte fréquemment quelque altération organique grave. On doit avoir recours ici à tout ce qui est propre à restaurer, à soutenir et à fortifier les pouvoirs vitaux, et persévérer soigneusement dans l'emploi de ces moyens. Le repos de l'œil, sa mise à l'abri des influences pernicieuses, l'exercice en plein air, l'air de la mer ou de la campagne, un régime généreux, de bons vêtements, la quinine, les ferrugineux, etc., etc., sont essentiels pour la guérison; l'huile de morue comme agent nutritif est souvent très avantageuse.

Quant au traitement local à diriger contre cette altération de structure, qui serait beaucoup moins fréquente si, dans le traitement des inflammations qui lui donnent naissance, on s'occupait avec plus de soin de l'état des paupières, il importe d'éviter tous les moyens qui sont de nature à occasionner une lésion permanente de la texture des parties, et c'est parce qu'une longue observation m'a appris les conséquences fâcheuses qui résultent d'une pratique opposée, que je me suis attaché à faire porter mes remarques sur ce sujet qui, comparativement, pourra paraître futile et peu intéressant. Quelques auteurs, qui ont écrit sur la chirurgie, et dont l'autorité est loin d'être sans poids, trompés peut-être par une appellation erronée, et confondant l'hypertrophie avec les granulations, recommandent gravement d'enlever d'une seule fois toutes les parties malades à l'aide du bistouri conduit en dédolant, ou de les détruire à l'aide du caustique. On rencontre malheureusement des praticiens qui suivent de pareils conseils.

Il ne faut pas perdre de vue que l'altération qui nous occupe est souvent d'un caractère très chronique; elle peut avoir existé pendant des années sans qu'on ait rien tenté contre elle; la maladie, ainsi invétérée par une longue habitude, ne peut être surmontée que par l'emploi persévérant de remèdes qui ne produisent que peu de réaction et procurent une amélioration graduelle. Leur action légitime est, par l'accroissement temporaire de vitalité qu'ils déterminent, de rétablir la tonicité des parties, et conséquemment de diminuer le calibre des extrémités vasculaires, mais non de bouleverser et de détruire. L'ablation de ce que l'on nomme à tort des granulations, à l'aide des ciseaux ou du bistouri ou de fortes applications escarrotiques, si ce n'est dans les cas d'extrême aggravation, ne saurait être trop fortement condamnée. Elle lèse la texture de la conjonctive, diminue ou détruit ses fonctions sécrétoires, et ajourne indéfiniment, ou rend même tout à fait impossible une guérison que l'on aurait pu sans cela obtenir lentement, mais sûrement. Dans la pratique privée, les médecins n'ont ni le temps ni la patience qu'exige le traitement d'une maladie aussi obstinée, la tentation est forte d'arriver au but par quelque méthode héroïque, qui puisse dispenser de recourir à celle si longue que l'expérience a démontré indispensable; on dédaigne la maxime *festina lentè*, bonne dans toutes les circonstances, mais surtout dans celle qui nous occupe; de là le recours à des moyens contre lesquels le but du présent mémoire est surtout de s'élever. Jamais l'on ne doit recourir à l'excision

des villosités hypertrophiées, si ce n'est peut-être dans les cas rares où elles sont éparses et pédiculées; les scarifications elles-mêmes, dont on se trouve quelquefois bien au début du traitement, ne doivent être faites que très superficiellement, et réservées pour les cas dans lesquels les granulations sont volumineuses, et la conjonctive plus tuméfiée et plus vascularisée que d'ordinaire.

Dans certains cas où l'ouverture palpébrale est anormalement étroite, et dans lesquels la paupière malade est incurvée et presse désagréablement sur le globe oculaire, — état qui est encore aggravé par les clignements fréquents et violents que provoquent le développement et l'action désordonnée des fibres de l'orbiculaire et des autres muscles tenseurs du tarse, — on se trouve parfois bien d'inciser la commissure externe des paupières.

Le nitrate d'argent est le remède qui se montre le plus efficace contre cette affection. Une solution de dix grains par once d'eau, appliquée tous les deux jours sur la paupière renversée, à l'aide d'un gros pinceau en poils de chameau qu'on promène à diverses reprises, ou qu'on laisse quelques secondes en contact avec les parties, suffit d'ordinaire pour réprimer les productions morbides et faire tomber l'irritation qu'elles occasionnent. On arrivera d'autres fois au même résultat avec une solution plus faible encore, quatre grains par once, que l'on appliquera tous les jours. Mais, lorsque l'affection est plus chronique et que les granulations sont très volumineuses, on peut recourir, au début, à des solutions plus fortes—vingt à trente grains;—on répète les applications moins fréquemment, laissant un intervalle pour que l'excitation vasculaire momentanément développée ait le temps de se dissiper et l'action curative de se produire. Le sulfate de cuivre appliqué légèrement en substance est peut-être l'agent qui doit être placé en seconde ligne; il convient surtout dans les cas d'épaississement chronique de la conjonctive qui ne s'accompagnent ni de beaucoup d'injection, ni d'une grande irritabilité. Il paraît exercer une action plus tonique que celle du nitrate d'argent, et la douleur qu'il excite, quoique plus vive au début, a une moindre durée. On choisit un morceau compacte, uni, auquel on donne la forme d'un coin, et on le fixe dans un tuyau de plume; on renverse alors la paupière en dehors, on mouille légèrement le sel pour qu'une portion entre sûrement en solution, puis on le passe légèrement plusieurs fois sur la surface malade; lorsqu'il y a beaucoup d'irritabilité, on applique sur la partie touchée une éponge douce ou un morceau de linge avant de lui laisser reprendre sa position, dans le but d'absorber les particules superflues du sel. A mesure que l'état morbide de la conjonctive disparaît, sa sensibilité revient, et les applications doivent être plus légères. On peut souvent faire alternativement usage de ces deux agents, en les changeant toutes les semaines ou toutes les deux semaines, ou même plus fréquemment; les parties qui se sont accoutumées à l'action d'un remède se trouvent bien du changement. On peut encore essayer avec avantage, surtout vers la fin du traitement, d'autres astringents tels que les solutions de sulfate de zinc, de cuivre, d'alumine et de cadmium, l'acétate de zinc, l'acide acétique dilué, le vin d'opium, etc., etc., mais les deux premiers médicaments que nous avons cités sont ceux sur lesquels nous avons pris surtout l'habitude de nous reposer, et cela avec une confiance qui n'a presque jamais été trompée lorsqu'ils ont été employés pendant un temps suffisant et dans des circonstances favorables. Les préparations de plomb, et spécialement le sous-acétate de plomb liquide dilué, sont quelquefois utiles quand les paupières sont unies, les granulations molles, et qu'il n'y a point d'ulcères de la cornée; dans les circonstances opposées, il peut se faire sur la conjonctive et la cornée des dépôts d'albuminate de plomb,

et ceux qui se font sur cette dernière partie occasionnent l'obstruction permanente de la vision.

Il arrive parfois que toutes les applications stimulantes agissent comme des irritants, il faut alors les suspendre et, si l'on veut faire quelque chose, les remplacer par des solutions sédatives, telles que le sulfate d'atropine lorsqu'il n'est point contre-indiqué, ou le sulfate de morphine; mais l'attention doit surtout alors être dirigée vers l'amélioration de l'état général. C'est là au reste un point qui ne doit jamais être perdu de vue pendant toute la durée du traitement; la tonicité des capillaires dépend de la vigueur générale du système; quand l'une s'améliore, l'autre s'accroît nécessairement.

Dans ces remarques, rédigées à la hâte, je n'ai point eu la prétention de rien avancer de nouveau, ni sous le rapport théorique, ni sous le rapport pratique. Mon seul but a été d'exposer, d'une manière aussi concise que possible, le traitement qui m'a le mieux réussi dans une affection qui, j'ose le dire, procure plus d'ennui au chirurgien et plus de souffrance aux malades qu'aucune autre de celles que j'ai jamais observées; et surtout de mettre le praticien en garde contre l'emploi de moyens qui, à cause de la violente réaction qu'ils provoquent, aggravent trop souvent, ou rendent incurable l'état morbide qu'ils sont destinés à faire disparaître. Ce n'est que par l'emploi judicieux et persévérant pendant des mois, et même dans certains cas pendant des années, de moyens doux et appropriés, que l'on peut venir à bout de cette opiniâtre affection, et arriver enfin à une guérison permanente. L'acte même de retourner la paupière supérieure, ce qui se fait le plus facilement à l'aide du manche du pinceau, en prescrivant en même temps au malade de regarder en bas, doit s'exécuter lentement et avec soin, afin de tirailler le moins possible la conjonctive dans la position contre nature qu'on lui donne, et d'éviter toute irritation inutile.

Le rapport presque universel qui existe entre cette affection et un état de débilité générale ou de dépravation, exigeant l'emploi longtemps continué d'un régime nutritif, des toniques et des altérants, démontre surabondamment que l'on pousse d'ordinaire trop loin les moyens antiphlogistiques dans le traitement de l'ophthalmie purulente qui lui donne naissance. L'importance de l'organe attaqué, l'intensité de l'excitation vasculaire, les craintes du malade, et la juste sollicitude du chirurgien, tout pousse naturellement à se tromper en agissant trop activement et trop longtemps; l'affaiblissement des forces vitales ainsi produit rend malheureusement l'inflammation immédiatement plus destructrice qu'elle ne l'aurait été sans cela, et fait qu'elle est suivie de conséquences qu'une manière d'agir plus prudente et plus rationnelle aurait pu peut-être faire éviter. La saignée modérée dans quelques cas, les ventoûses scarifiées ou les sangsues à la tempe dans d'autres, les purgatifs, les antimoniaux et le régime antiphlogistique général sont souvent utiles, lorsque l'on en fait un emploi judicieux sur des sujets jeunes, vigoureux et pléthoriques; mais, même chez cette catégorie de malades, le temps d'employer ces moyens passe vite; l'énergie de la circulation s'abat, les extrémités vasculaires de la partie enflammée perdent leur ton et, en continuant à prescrire les déplétifs et les affaiblissants, on ne fait qu'aggraver la congestion locale et rendre plus fâcheux le résultat final. Lorsque les circonstances sont ainsi changées, il faut améliorer le régime alimentaire, procurer du sommeil à l'aide des opiacés, qui calment la douleur et auxquels on doit recourir dès le début, administrer la quinine, le porter et d'autres agents semblables, en même temps que l'on a recours à des topiques qui excitent peu de douleur ou de réaction ; une solution de nitrate d'argent dans la proportion de quatre

à dix grains par once d'eau, l'usage fréquent de quelque faible solution alumineuse ou de quelque autre lotion légèrement astringente, voilà le traitement qui convient alors; le tact du praticien se manifeste dans la manière dont il profite des ressources que présente son malade, et dont il met en œuvre, au moment convenable, les divers agents que nous avons indiqués.

Acceptez, Messieurs, en même temps que mes vœux les plus ardents pour l'heureuse issue des délibérations du Congrès, l'assurance de ma considération respectueuse.

DES HOPITAUX ET DES ÉCOLES OPHTHALMIQUES EN ANGLETERRE

PAR LE DOCTEUR WHITE COOPER,

Fellow of the Royal Medical and Surgical Society, chirurgien oculiste à S. Mary's Hospital et premier chirurgien du North London Eye Infirmary.

On m'a donné à entendre que le Congrès écouterait avec plaisir une courte description de l'état présent de la science ophthalmologique dans les possessions britanniques; j'ai donc rassemblé ici sur les hôpitaux et écoles ophthalmiques les particularités qui m'ont paru offrir quelque intérêt; j'ai aussi essayé d'esquisser brièvement les points les plus saillants caractérisant la pratique des chirurgiens anglais. Les limites imposées à un travail de ce genre m'obligeront à ne traiter que superficiellement la plupart de ces sujets, car on conçoit que, si j'avais dû descendre jusque dans les moindres détails, ce mémoire aurait dépassé l'étendue dans laquelle il importe de le renfermer.

Je ferai précéder mes remarques, en guise de préface, de quelques observations générales sur la statistique des aveugles dans le royaume de la Grande-Bretagne.

D'après le recensement fait en 1851, il existait dans la Grande-Bretagne 21,487 personnes complétement aveugles; 11,273 hommes et 10,214 femmes. On a généralement pensé que l'entassement des individus dans les logements trop étroits, et les autres circonstances fâcheuses propres aux grandes agglomérations devaient, en déterminant des maladies des organes de la vue, occasionner plus fréquemment la cécité dans les villes que dans les campagnes, et que certaines professions spéciales aux cités populeuses et manufacturières avaient contribué à augmenter dans ces lieux le nombre des aveugles. C'est une erreur : les comtés agricoles ont fourni un beaucoup plus grand nombre de cas de cécité que les comtés manufacturiers.

Dans les comtés agricoles de Wilts, Dorset, Devon, Cornwall et Somerset, la proportion est de 1 aveugle sur 758 habitans. Dans ceux d'Essex, de Suffolk et de Norfolk, qui sont aussi agricoles, la proportion est de 1 sur 888.

Les rapports venus des principaux comtés manufacturiers et des villes ont présenté un contraste frappant :

Dans le Yorkshire, la proportion est de	1 sur 1,231
Dans le Cheshire et Lancashire	1 sur 1,167
Dans Londres	1 sur 1,025
Dans Manchester	1 sur 1,107
Dans Birmingham	1 sur 1,181
Dans Sheffield	1 sur 1,141

On voit donc que l'avantage est de beaucoup en faveur des districts manufacturiers. Toutefois, comme on a trouvé que la moitié des aveugles ont plus de 60 ans, on doit les rencontrer en plus grand nombre dans les localités où la longévité est la plus grande, et ce sont les districts ruraux.

La proportion des aveugles suivant l'âge est comme suit :

Sur 21,487, on n'en n'a trouvé que 2,929 (moins de 14 p. c.) au-dessous de l'âge de 20 ans. Il y en avait de vingt à soixante, 8,456 (environ 39 p. c.), tandis que 10,102 (47 p. c.) avaient plus de 60 ans.

Le recensement a mis en lumière ce fait curieux, que la cécité n'est point spéciale à certaines classes ou à certaines professions, mais qu'elle se rencontre presque également dans tous les rangs et dans un très grand nombre de professions. Aucune des branches bien tranchées de l'industrie manufacrière n'y est plus sujette qu'une autre ; le nombre de cas que l'on a rencontrés parmi les ouvriers en soie, en vêtements, en fer, en poteries, est vraiment remarquable par son chiffre peu élevé, si l'on a égard au nombre immense d'ouvriers employés à ces sortes d'occupations.

Les points les plus saillants dans la classification des professions sont les suivants :

Ouvriers agricoles aveugles	907
Fermiers	505
Domestiques (femmes surtout)	430
Tisserands	295
Mineurs employés à l'extraction du charbon	195
Mineurs employés à l'extraction du cuivre et du plomb	68
Carriers	51

On enseigne dans les institutions pour les aveugles la fabrication des sacs et des filets, le tricot, la musique, l'art de lire avec les doigts. Le nombre des aveugles qui parviennent à gagner leur vie à l'aide de ces occupations est de :

Musiciens et professeurs de musique	535
Vanniers, faiseurs de sacs et de filets	127
Tricoteuses	92

Je ne m'étendrai pas plus longtemps sur ce sujet, et je vais parler des hôpitaux.

Il y a une différence importante entre les hôpitaux du continent et ceux qui existent en Angleterre; sur le continent, ces établissements sont principalement placés sous le contrôle de l'autorité; en Angleterre, les hôpitaux, tant généraux que spéciaux, sont presque sans exception indépendants de l'État et entretenus aux frais de la charité privée. Certains de ces établissements,

(comme ceux de Saint-Bartholomew, Guy et Saint-Thomas, à Londres), tirent une grande partie de leurs revenus de propriétés qui leur ont été données, mais la majorité d'entre eux dépendent pour leur entretien de contributions volontaires. Il en est surtout ainsi des hôpitaux ophthalmiques, qui sont obligés de faire de fréquents appels au public pour obtenir des souscriptions. Le mode le plus en usage de faire cet appel, consiste à réunir les amis de l'institution autour d'un excellent diner, et à terminer la séance par une collecte ; les dîners de cette nature sont si fréquents à Londres qu'il y existe au moins trois grands établissements, entretenus à l'aide de collectes faites dans ces sortes d'occasions. Le résultat du système que nous venons d'exposer est que tous ces hôpitaux sont indépendants les uns des autres, ce qui entraîne cet inconvénient, que les souscriptions qui, réunies, suffiraient amplement pour l'entretien d'une grande institution unique, perdent beaucoup de leur utilité en s'éparpillant sur plusieurs. De même les collections anatomiques et pathologiques qui, réunies, constitueraient un magnifique muséum, dispersées dans divers établissements, produisent beaucoup moins d'effet.

Jusque vers l'année 1804, les maladies oculaires étaient traitées à Londres dans les hôpitaux généraux, ou hors des services publics par des oculistes qui souvent ne brillaient ni par l'instruction, ni par l'habileté. Pendant le cours de cette année furent établis deux hôpitaux ophthalmiques spéciaux. L'un fut fondé par M. Wathen, oculiste du roi, qui, ayant dépeint à Georges III, qui régnait à cette époque, la triste situation des soldats et des matelots qui revenaient par centaines de la campagne d'Egypte, où ils avaient perdu la vue par suite de l'ophthalmie purulente, obtint sa sanction pour la création du *Royal Infirmary for diseases of the eye* (infirmerie royale pour les maladies des yeux.) Cet établissement, situé dans Cork street, est toujours resté comparativement une institution particulière, M. Alexander en ayant été seul chargé depuis nombre d'années.

L'autre hôpital fut établi sur des principes différents, par John Cunningham Saunders, ce chirurgien oculiste si ami de la science, et par un comité de gentlemen qui organisèrent l'institution connue de nos jours sous le nom de *Royal Ophthalmic Hospital Moorfields*. Parmi les prescriptions primitives du règlement de cet hôpital, il en est une qui exigeait que ses officiers médicaux eussent été reçus comme chirurgiens ou comme médecins. C'est là que le docteur Farre, que MM. Lawrence et Travers, Tyrrell, Scott et Dalrymple se sont formés et ont posé les fondements de leur renommée, créant en même temps à cet établissement une réputation dignement soutenue de nos jours par leurs successeurs distingués, MM. Dixon, Bowman et Critchett.

C'est surtout grâce à l'impulsion donnée par cette institution que furent organisés d'autres établissements semblables, destinés à répondre aux besoins sans cesse croissants, non-seulement dans Londres, mais aussi dans toutes les possessions britanniques. Parmi eux, figure en première ligne le *Royal Westminster Ophthalmic Hospital*, fondé par un chirurgien militaire éminent, M. Guthrie. Il existe maintenant à Londres sept hôpitaux et infirmeries spécialement consacrés au traitement des maladies des yeux, en outre des services ophthalmiques qu'on rencontre dans plusieurs hôpitaux généraux.

On y trouve donc de nombreuses facilités pour étudier l'ophthalmologie, néanmoins cette étude n'est point encouragée par les corporations médicales. Il en résulte que les étudiants ne s'y adonnent pas avec autant de zèle et d'une façon aussi méthodique que sur le continent. Chose singulière à dire, aucune des trois corporations qui ont la faculté d'accorder des diplômes, le *Royal College of Physicians*, le *Royal College of Surgeons*, la *Society of Apothecaries*,

n'exigent de leurs récipiendaires aucun certificat d'études en ophthalmologie. Aussi, comme la présence des élèves est obligatoire à un grand nombre de cours, ils ne se rendent point aux leçons et aux démonstrations qui ne le sont pas, ce qui constitue un empêchement sérieux pour les professeurs qui veulent établir un cours complet d'ophthalmologie pratique. Il ne faut cependant pas croire que l'étude de cette science soit complétement négligée; loin de là, car dans chacun des onze hôpitaux généraux, on fait chaque année un cours complet de chirurgie dans lequel figure l'ophthalmiatrie. Ainsi à *Saint-Bartholomew's Hospital*, M. Lawrence fait entrer dans son cours de chirurgie des leçons sur les maladies des yeux et la démonstration des opérations qui se pratiquent sur ces organes; il en est de même dans la plupart des autres hôpitaux.

Il existe en outre des cours spéciaux dont je parlerai plus tard, et d'autres facilités d'acquérir des connaissances en ophthalmologie, que je vais continuer à faire connaître.

A Guy's Hospital le service ophthalmique est sous la direction de M. France; les dispositions y sont très complètes. Il y existe trente lits consacrés aux maladies des yeux, placés dans deux salles distinctes du reste de l'hôpital, quinze lits pour les hommes, quinze pour les femmes. Ces lits sont constamment remplis, de sorte que les formes les plus graves des affections oculaires peuvent être observées dans tout le cours de leur développement et dans des conditions connues, ce qui met à l'abri de toutes les incertitudes et de toutes les irrégularités propres aux observations recueillies sur les malades des consultations externes. On choisit parmi les étudiants deux *aides de pansement*, qui soignent les malades sous la direction du chirurgien et exécutent les petites opérations : la durée de leur service est de deux mois ; pendant ce temps ils doivent aussi accompagner le chirurgien lorsqu'il reçoit deux fois par semaine les malades du dehors, et consigner par écrit toutes les observations qu'il juge convenable de faire.

On fournit ainsi chaque année à douze étudiants l'occasion de se familiariser avec cette classe de maladies, et le service lui-même est ouvert à tous les étudiants qui veulent en profiter : on choisit les *aides de pansement* parmi les plus adroits. Pendant le courant de l'été, M. France fait chaque année un cours sur la pathologie et la chirurgie oculaires.

A Moorfields, qui est le principal hôpital spécial, il existe vingt-quatre lits qui sont presque exclusivement réservés aux malades qui subissent des opérations, et dont le nombre est considérable; celui des malades qui viennent à la consultation externe est immense : les étudiants y trouvent de nombreuses occasions de se familiariser avec toutes les variétés des maladies de l'œil et d'en suivre le traitement, mais on m'apprend que l'on n'y fait aucun cours régulier; l'instruction y est essentiellement pratique.

On trouve des facilités presque semblables au *Royal Westminster Ophthalmic Hospital.*

Il existe des salles spéciales pour les ophthalmiques, à *Saint-Thomas Hospital* sous la direction de M. Macmurdo, à *University College*, sous celle de M. Wharton Jones, et à *Saint-Mary*, sous celle de M. White Cooper : dans chacun de ces hôpitaux existent des cours et des instructions cliniques, en même temps que l'on y démontre les opérations.

Indépendamment de ceux de Londres, il existe des hôpitaux ophthalmiques dans toutes les grandes villes d'Angleterre, et dans plusieurs d'entre eux on fait des leçons annuelles. Toutefois, le cours le plus complet qui se fasse hors de Londres, est celui que le célèbre docteur Mackenzie professe à l'université

de Glasgow. Le *Eye Infirmary* de Glasgow contient vingt-quatre lits, et le nombre des malades externes y est aussi considérable. Les leçons y ont lieu trois fois par semaine et durent pendant les six mois du semestre d'hiver.

Outre des notions très étendues sur l'anatomie et la physiologie de l'œil et sur ses maladies, que l'on expose aux élèves, on exécute devant eux toutes les opérations praticables sur le cadavre, après leur avoir au préalable soigneusement enseigné et la manière de tenir les instruments et les devoirs des aides ; quand les élèves connaissent bien la théorie, le professeur exécute les manœuvres et leur fournit ensuite des yeux sur lesquels ils répètent les opérations devant le professeur et leurs camarades.

Une excellente clinique a été établie à Dublin par le docteur Jacob, bien connu par ses travaux microscopiques et pratiques : le docteur Wilde, qui a écrit un mémoire intéressant sur les hôpitaux et les professeurs de Vienne, a aussi établi un hôpital ophthalmique auquel est attaché un cours de clinique. Voici le plan adopté par le docteur Wilde : deux jours par semaine, il donne une consultation pour les malades externes ; chaque fois qu'il se présente un cas intéressant, il invite un des élèves à décrire les symptômes, à porter un diagnostic et un pronostic, et à prescrire le traitement. On se fait alors raconter par les malades l'histoire de leur affection et M. Wilde expose son opinion, en l'accompagnant de toutes les réflexions que le cas comporte. Un autre jour, il explique et pratique les opérations; de temps en temps, il fait une leçon générale sur quelque sujet intéressant, et montre sa collection de dessins, qui est une des plus belles de l'Europe. Il y a d'ordinaire de quinze à vingt malades dans l'hôpital et M. Wilde les fait servir à l'instruction des élèves.

Les possessions anglaises de l'Inde, bien que sous la domination du souverain, sont sous la direction immédiate et la surveillance de l'*East India Company*, qui possède une armée nombreuse, une marine et divers établissements publics. Parmi ceux-ci figurent des hôpitaux ophthalmiques admirablement dirigés, à Calcutta, à Bombay et à Madras. Un habile chirurgien est placé à la tête de chacun d'entre eux, et les étudiants sont obligés de les avoir fréquentés pour obtenir leur diplôme, diplôme qui les rend aptes tout à la fois à pratiquer dans l'Inde, et à pouvoir y obtenir *par le concours* les services médicaux et le droit d'examen au *Royal College of Surgeons*, à Londres, à l'université de Londres, etc. Le principal est à Calcutta ; et ce fait que 781 opérations importantes (parmi lesquelles 386 cas de cataracte) y ont été pratiquées de 1848 à 1851, suffit à démontrer l'étendue de sa sphère d'action. Le docteur William Martin est le chirurgien placé à la tête de cet établissement, et c'est surtout à lui que l'on est redevable des admirables dispositions qui y règnent actuellement.

Voici les dispositions principales relatives à l'instruction :

La classe d'ophthalmologie comprend les élèves les plus avancés du collége médical ; ils suivent pendant l'été un cours complet, et à la fin de chaque division du sujet de ce cours, ils subissent un examen : de plus ils assistent à la visite des malades internes et des malades externes; un certain nombre d'entre eux remplissent pendant trois mois consécutifs les fonctions de secrétaires de la clinique (*clinical clerks*) ; chacun de ces secrétaires a chaque jour un nouveau cas, qu'on lui enseigne à examiner et à diagnostiquer en présence du professeur et des autres étudiants : il doit aussi mettre par écrit l'histoire complète de chaque cas, en indiquer le traitement, et le suivre jusqu'à sa terminaison, sous la surveillance du professeur. Lorsque la maladie est terminée, le secrétaire fait un extrait dans lequel il donne en abrégé l'his-

toire, les symptômes, le traitement, etc. Le professeur y ajoute ses observations, et le tout est ensuite lu devant la classe, et à la fin de leurs études les élèves subissent un examen en présence d'un examinateur du gouvernement et d'assesseurs; ces juges prononcent sur le mérite du candidat.

On voit que les gouvernements de l'Inde, appréciant l'importance de l'ophthalmologie, n'épargnent rien pour former des médecins possédant une connaissance approfondie de cette science.

Je vais maintenant présenter quelques observations sur la pratique des chirurgiens anglais.

Le premier point qui me semble digne d'intérêt, c'est le grand changement qui, pendant ces trente dernières années, s'est manifesté dans la pratique ophthalmologique en Angleterre, comme aussi, il est vrai, dans le traitement des maladies en général. On rapporte qu'un célèbre chirurgien de Londres, pendant le siècle dernier, recevait plus de 1,000 livres par an, rien que pour les saignées qu'il pratiquait. De nos jours, à Londres, on ne pratique que rarement la phlébotomie, surtout à la suite des opérations. Rien ne met mieux ce fait en lumière que la lecture du traité des maladies des yeux publié en 1833 par William Lawrence, ouvrage qui a justement conquis la plus grande réputation. En décrivant le traitement consécutif à l'extraction de la cataracte, M. Lawrence dit : « Si le malade n'a pas été saigné avant « l'opération, si l'on n'a pas eu suffisamment égard à l'état de sa santé, ou « même lorsque l'on a pris à toutes ces circonstances l'attention qu'elles « méritent, je pose comme règle qu'à moins de contre-indication, il faut le « soir même de l'opération soustraire à l'opéré de quatorze à seize onces de « sang. Toutefois, s'il existe de la douleur dans l'œil ou de la céphalalgie, « une large saignée est tout fait indispensable. »

On prescrivait le même emploi libéral de la saignée dans les cas les plus simples. Un grand chirurgien, sir Astley Cooper, décrit ainsi dans ses leçons le traitement de la conjonctivite simple : « Il ne faut pas vous borner à soustraire « une petite quantité de sang comme huit, dix, ou seize onces, mais pratiquer « une large ouverture à une grosse veine, et laisser couler le sang jusqu'à ce « qu'il se produise un effet manifeste sur l'action du cœur et des artères. »

L'écrivain qui vint rompre avec la routine établie, et qui, substituant une pratique toute différente, exerça une influence très considérable sur le traitement des maladies oculaires, est feu Frédéric Tyrrel, chirurgien à Moorfields et maître immédiat de beaucoup des principaux chirurgiens oculistes de nos jours en Angleterre. Il a exposé ses vues dans son *Practical Woork on the Diseases of the Eye*, publié en 1840.

La pratique que l'on suit le plus souvent de nos jours, à la suite de l'extraction par exemple, consiste plutôt à soutenir qu'à déprimer, à maintenir les forces de la nature de façon à ce qu'elles soient à même de fournir à la réparation, plutôt que de les abaisser au-dessous de ce niveau. Un fait curieux, c'est que l'inflammation destructive aiguë est extrêmement rare à Londres après l'extraction, tandis que l'inflammation subaiguë survenant le troisième ou le quatrième jour, avec l'absence de réunion de la plaie par suite de l'insuffisance de la vitalité, est loin d'être rare; le traitement que l'on a trouvé le plus avantageux en pareil cas consiste dans un régime nourrissant, l'emploi de l'ammoniaque, de la quinine, de l'opium, et quelquefois du vin et du porter. A l'aide de ces moyens, il n'est pas rare de voir, après l'extraction, le malade entrer en convalescence au bout de dix à douze jours. Il est bien entendu que chaque opéré est traité suivant les dispositions individuelles du sujet, et que je ne fais qu'exposer la pratique dont on s'est le mieux trouvé dans la

majorité des cas. Le caractère général des affections inflammatoires de l'œil, à Londres, est décidément *l'asthénie*, et l'on est beaucoup plus souvent obligé de recourir aux toniques qu'aux moyens affaiblissants : les préparations de fer ou de quinquina, l'huile de foie de morue sont constamment prescrites, et les cas d'inflammation, surtout ceux dont la forme est modifiée par la scrofule, et qui abondent dans nos hôpitaux, se guérissent rapidement sous l'influence d'un pareil traitement avec l'adjonction d'applications topiques très douces. On a souvent accusé et l'on accuse encore les praticiens anglais de faire un usage inconsidéré du calomel. Qu'on en ait fait il y a quelques années un emploi très étendu et, je le crains, bien peu judicieux, cela peut être vrai; mais, comme pour la saignée, il est maintenant comparativement d'un emploi peu fréquent et en tout cas on le prescrit à doses beaucoup moindres. Sa place, comme agent constitutionnel, a été en grande partie prise par le bi-chlorure de mercure (sublimé corrosif). Ce médicament à petites doses, à un douzième, un seizième, un vingtième de grain, combiné de diverses façons, constitue un moyen justement considéré comme très puissant et digne de figurer dans la médecine. Le sublimé corrosif, combiné avec la teinture de quinquina, exerce réellement sur les inflammations insidieuses et les épanchements profonds une influence qu'aucun autre médicament ne possède au même degré.

Quoique l'on fasse rarement usage en Angleterre du chloroforme pour l'extraction, on peut dire que l'introduction de cet agent dans la médecine a été la cause primitive qui a fait recourir à l'énucléation du globe de l'œil dans beaucoup de cas pour lesquels on ne l'aurait jamais proposée autrefois. Ainsi, on pratique maintenant fréquemment cette opération dans les cas de staphylôme grave, d'hydrophthalmie, de lésions traumatiques de l'œil, et même dans certains cas d'inflammation profonde. N'ayant jamais eu recours moi-même à cette opération pour cette dernière catégorie de cas, je ne puis rien dire de son efficacité pour la conservation de l'autre œil, mais je puis la recommander avec confiance comme préférable, dans les cas de staphylôme grave, à l'ablation d'une portion du globe oculaire et à l'evacuation de son contenu. Nous procédons soigneusement en pareil cas à l'énucléation du globe oculaire, laissant les muscles pour former un coussin destiné à supporter un œil artificiel, et comme on ne provoque pas la suppuration par l'introduction d'une mèche de charpie, l'orbite peut recevoir la pièce artificielle, du cinquième au septième jour.

L'abaissement et la réclinaison de la cataracte ne sont point populaires en Angleterre, on y préfère l'extraction qu'on exécute d'ordinaire par la section supérieure. Le couteau employé est celui de Beer, modifié suivant la fantaisie de l'opérateur. Deux chirurgiens éminents, aujourd'hui morts, Dalrymple et Scott, faisaient usage d'un couteau étroit en forme de faucille et tranchant sur sa convexité, mais leur exemple n'a pas été suivi. D'un autre côté, dans l'Inde, on a si rarement recours à l'extraction que, sur 586 opérations de cataracte pratiquées par le docteur Martin à l'*Eye Infirmary* de Calcutta, on ne compte que 14 extractions. On doit en chercher la cause, en partie dans le caractère des natifs de l'Inde, dont l'impatience ne leur permet qu'avec peine de supporter la contrainte indispensable à la suite de cette manière d'opérer, en partie dans leur conformation; ils ont en effet le sourcil proéminent, l'œil petit et enfoncé, le cristallin volumineux et une constitution faible, ce qui rend chez eux la réunion de la plaie incertaine et même rare quand on les compare aux Européens. C'est ce qui a fait préférer pour eux l'abaissement, dont les résultats sont de 58 guérisons ou de 72 améliorations sur cent cas.

Pour la cataracte molle, on préfère en Angleterre la kératonyxis. On emploie

pour cela, avec le plus grand avantage, une très courte aiguille qui remplit la piqûre et coupe dans sa portion recourbée. On peut dire d'une manière générale qu'à Londres, à part l'abaissement, peu d'opérations s'exécutent à travers la sclérotique.

On s'y occupe avec zèle et succès d'études ophthalmoscopiques; toutefois le prix élevé des publications qui s'y rapportent est cause qu'il ne s'y est produit sur ce sujet aucun ouvrage illustré comme ceux qui sont sortis de la presse du continent; mais on ne doit pas perdre de vue que c'est en Angleterre, il y a onze ans, que l'on a établi pour la première fois la possibilité d'examiner l'intérieur de l'œil à l'aide de la lumière réfléchie.

Dans un mémoire *sur l'aspect lumineux de l'œil humain*, lu par M. Cumming devant *the Royal Medical Chirurgical Society of London*, le 23 juin 1846, et publié dans les *Transactions* de la société cette même année, nous trouvons les remarques suivantes :

« La démonstration de ce fait qu'il existe dans l'œil de l'homme, à l'état sain, une réflexion lumineuse semblable à celle de l'œil des animaux, me paraît surtout avoir cette importance qu'elle peut fournir un procédé pour examiner la partie postérieure de l'œil. La rétine et la choroïde étant restées jusqu'à présent invisibles dans l'œil sur le vivant, et l'occasion de les examiner après la mort ne se présentant que rarement, attendu que les maladies dont elles sont le siége n'entraînent point la mort, il règne une grande incertitude sur les affections morbides de ces deux membranes; mais actuellement que l'on connaît l'existence normale de ce reflet lumineux, sa disparition ou quelque chose d'inaccoutumé dans son aspect pourront faire découvrir des changements restés jusqu'à présent inconnus, ou apercevoir d'une manière plus satisfaisante ceux que l'on n'avait fait que soupçonner. »

La vérité de ces paroles nous est maintenant familière à tous.

Bien que je n'aie cité aucun ouvrage, je ne puis passer sous silence l'admirable travail que le docteur Wilson, d'Édimbourg, a publié sur la chromato-pseudopsie, ou *colour-blindness*. Ce volume, sous le rapport de la finesse d'observation et de l'originalité, mérite les plus grands éloges. Pendant le cours de ses recherches, aussi méthodiques qu'approfondies sur cet obscur sujet, le docteur Wilson a découvert beaucoup de faits nouveaux; entre autres, la singulière expression des yeux des *colour-blind*. Chez les uns, c'est un regard étonné, qui chez les autres est vif mais sans but; chez un petit nombre enfin le regard est vide comme si les yeux étaient fixés sur des objets situés au delà de la portée de la vue. Le docteur Wilson signale cette particularité dans l'espoir que les futurs observateurs y feront attention. Sur 1,154 individus mâles examinés à Édimbourg par le docteur Wilson, 65 étaient *colour-blind*, ce qui donne la proportion de 1 sur 55. Il lui paraît résulter de ses recherches que, en Angleterre, une personne sur vingt présente à un degré quelconque une des variétés de cette anomalie de la vue. Afin de s'assurer si l'habitation sous un ciel brillant, parmi des plantes et des animaux revêtus des plus vives couleurs, peut avoir quelque influence sur l'appréciation des teintes, il se livra à l'examen approfondi des sensations visuelles d'un Chinois, d'un Caffre et de cinq Turco-Égyptiens. L'appréciation des couleurs manifestée par chacun d'eux était excellente, de beaucoup supérieure à celle de la majorité des natifs d'Angleterre, mais sous ce rapport, c'est le jeune Caffre qui se montra le plus habile de tous, il assortissait des laines colorées et des papiers teintés avec une promptitude et une adresse que beaucoup de coloristes de profession auraient pu lui envier. La conclusion finale du docteur Wilson est celle-ci :

« Il se croit pleinement autorisé à affirmer que l'appareil cérébro-rétinien

hez les *colour-blind*, est, soit par suite d'un vice congénial ou de quelque hangement morbide survenu après la naissance, privé de la sensibilité, pour es impressions calorifiques, qu'il possède chez ceux dont la vision est normale. 'est probablement la rétine qui est le siége de cette diminution de la sensiilité pour les couleurs, et la forme la plus simple de la *colour-blindness* pourait assez convenablement être appelée amaurose chromatique (*chromatic-maurosis*). »

Jusque dans ces dernières années, l'Angleterre ne possédait surla pathologie culaire aucune iconographie d'un mérite réel. Feu Dalrymple est venu combler ce vide. Son collègue Scott s'était proposé de faire une publication de ce genre, et avait pour cela rassemblé une collection de beaux dessins; mais, rrêté par la mort, il la lègua à Dalrymple, qui y fit de nombreuses additions et publia le magnifique in-folio intitulé : *On the Pathology of the Eye*, ouvrage qui accrut beaucoup sa réputation et sa clientèle. M. Churchill, qui en a été l'éditeur, m'a fait savoir que les frais de cette publication se sont élevés à une somme considérable, et il ajoute ce renseignement bibliographique curieux, que la plupart des exemplaires sont partis pour le continent et les États-Unis, de sorte que très peu sont restés en Angleterre.

Appréciant toute la valeur de votre temps, je ne vous en prendrai pas davantage, mais je ne puis, Messieurs, terminer cette communication, sans exprimer le sentiment de reconnaissance que les ophthalmologistes anglais doivent à leurs confrères du continent.

Du continent s'échappe sans cesse un faisceau de lumières qui, chaque jour, fait de notre art une science plus étendue, plus approfondie, plus exacte. Il n'est pas une partie de l'ophthalmologie qui n'ait été soigneusement étudiée et grandement améliorée par les brillants travaux de ceux que j'appelle avec orgueil mes amis du continent; ayant largement profité pour mon compte de leurs travaux, je ne fais qu'accomplir un devoir en leur offrant ici le tribut de mon respect.

DE L'ÉTAT DE L'OPHTHALMOLOGIE EN AUTRICHE

PAR LE DOCTEUR F. BUSINELLI,

Opérateur et aide à la clinique d'ophthalmologie de Vienne.

On compte actuellement dans les États autrichiens six universités de 1re classe (1), celles de Vienne, Prague, Padoue, Pavie, Pesth et Cracovie; quatre universités de 2e classe (2), où l'on ne donne pas l'enseignement médical supérieur, celles de Gratz, Insprück, Olmütz et Lemberg, et deux écoles de chirurgie, 3e classe (3), à Salzburg et à Klausenburg.

(1) Celles où l'on donne des cours de toutes les facultés : droit, théologie, philosophie, médecine, etc. Il s'y trouve un professeur spécial pour l'ophthalmologie et une clinique.

(2) Toutes les facultés y sont représentées. Au lieu de la médecine, on donne un cours de chirurgie, auquel on joint des leçons d'ophthalmiatrie.

(3) Ici il manque l'une ou l'autre des facultés du deuxième rang. La médecine manque à peu près; à sa place on y enseigne la chirurgie, comme dans les universités de deuxième classe.

Dans chaque université de première classe, il existe une clinique particulière pour les ophthalmiques, dans laquelle un professeur ordinaire donne un cours public. Dans tous les autres instituts ci-dessus mentionnés, le professeur de chirurgie donne un cours sur les maladies des yeux, et les ophthalmiques sont traités à la clinique de chirurgie.

L'étude de la médecine dure cinq années. Les étudiants qui veulent obtenir le doctorat en médecine doivent suivre pendant la cinquième année le cours d'ophthalmiatrie. Quant aux candidats pour le doctorat en chirurgie, ils doivent être déjà docteurs en médecine et subir deux examens sévères, où ils sont examinés aussi par le professeur d'ophthalmiatrie.

Celui qui veut obtenir le diplôme de maître en chirurgie doit avoir fait avec succès ses cours de grammaire et d'humanités, mais il n'a cependant pas besoin d'avoir fait d'études philosophiques. Le cours entier pour les maîtres en chirurgie dure quatre ans, et pendant la dernière année, on leur donne aussi des leçons d'ophthalmologie.

Un docteur en médecine peut, en passant un examen particulier et sévère sur l'ophthalmologie, devenir *magister artis oculisticæ*, sans avoir obtenu préalablement le doctorat en chirurgie.

Les grades de docteur en médecine, docteur en chirurgie, maître en chirurgie, et *magister artis oculisticæ* ne sont conférés que dans les universités de première classe, tandis que, dans les établissements d'ordre inférieur, on ne crée que des patrons en chirurgie (après un cours de trois ans).

Vienne. — Le premier professeur d'ophthalmogie à l'Université de Vienne (fondée en 1365) fut un homme de grand talent, Barth, élève de Wenzel, qui, dès l'an 1773, avait été nommé par l'impératrice Marie-Thérèse recteur pour les maladies des yeux, et qui fut l'année suivante nommé professeur en titre. Outre qu'il donnait des leçons publiques, il faisait aussi dans sa clinique ambulatoire, en présence de nombreux étudiants, des opérations oculaires.

Il était suivi par son élève et aide particulier, George-Joseph Beer qui, en peu d'années, éleva l'ophthalmologie à une hauteur qu'on n'avait pas soupçonnée jusqu'alors. Aussi vit-on bientôt arriver en foule à Vienne, de toutes les parties de l'Europe, pour assister à ses lecons particulières, des hommes avides d'apprendre. Beer occupa, en 1812, sa chaire de professeur extraordinaire d'ophthalmologie, mais sans pouvoir donner ses leçons au lit du malade. Cet obstacle fut écarté dans le cours de la même année; car, sur la proposition de Beer, Sa Majesté l'empereur François autorisa la création d'une clinique d'ophthalmologie avec seize lits.

En 1821, le docteur Antoine Edler de Rosas obtint la place de professeur, alors vacante. Par son infatigable activité, il augmenta sous tous les rapports le matériel d'enseignement, les collections d'instruments historiques, de préparations anatomiques naturelles et en cire, et cela aussi bien pour l'anatomie physiologique que pour l'anatomie pathologique et comparée. Enfin, il fonda une bibliothèque qui contient les meilleurs ouvrages et revues périodiques de médecine, et particulièrement d'ophthalmologie, tant du pays que de l'étranger. Il établit aussi une association d'instruction (lehrverein) dont les membres (docteurs et étudiants) peuvent, moyennant une modique rétribution, user des livres et des journaux non-seulement dans le local de la bibliothèque, mais encore au dehors.

La chaire devenue vacante par la mort du professeur de Rosas fut confiée, dès l'année scolaire 1856-57, au professeur actuel M. Arlt. Il serait superflu d'entrer dans de grands détails sur cet homme, dont les remarquables travaux scientifiques sont déjà suffisamment connus de tous les oculistes, et qui, par

son activité sans égale comme professeur, et son habileté d'opérateur, a su mériter l'estime de ses collègues, l'admiration de ses élèves et la confiance de ses malades. Il est le digne successeur de ses illustres devanciers et, sous ses auspices, l'ophthalmologie en Autriche ne peut que progresser et donner les plus beaux résultats.

Quant au point où en est actuellement l'enseignement à l'école d'ophthalmologie de Vienne, je dois dire ce qui suit :

La clinique, bien disposée, se trouve au premier étage, et contient trente lits et un amphithéâtre.

La bibliothèque de cette clinique contient environ 3,500 ouvrages et 104 journaux de médecine.

L'arsenal chirurgical comprend, outre les instruments usuels, une collection d'instruments historiques.

Pour exercer les élèves aux opérations, on emploie ce qu'on nomme les *fantômes.* Ces fantômes sont disposés de telle sorte que les yeux frais d'hommes ou d'animaux qu'on y adapte peuvent se mouvoir dans toutes les directions, comme le globe de l'œil vivant.

La collection de préparations anatomiques des parties normales de l'œil compte environ 110 pièces, parmi lesquelles 30 préparations microscopiques de l'œil humain, par le professeur Hyrtl, et 90 préparations anatomiques d'yeux des différentes classes d'animaux.

Dans la dernière année scolaire, on a traité à la clinique 268 patients ; 78 individus ont été opérés de la cataracte, dont 25 aux deux yeux.

Après la visite des malades internes, les ophthalmiques ambulants sont visités et traités dans l'amphithéâtre. Ces patients sont ordinairement visités par chaque élève à son tour, sous la direction du professeur, et l'élève doit, pendant cet examen, dire à haute voix quels sont les phénomènes maladifs qu'il remarque.

L'étudiant s'habitue ainsi à rechercher attentivement les symptômes de la maladie et à les décrire avec exactitude.

Le nombre des ambulants qui, depuis le professeur Beer, sont régulièrement inscrits sur un registre spécial, s'est élevé, dans la dernière année scolaire, à 1,421.

Le nombre des auditeurs inscrits pour le cours d'ophthalmologie, seulement pendant le 1er semestre 1856-57, était de 126.

Outre le professeur ordinaire de la clinique, il y a à Vienne deux professeurs extraordinaires d'ophthalmologie, qui sont M. le professeur Stellwag von Carion, et M. le professeur Edouard Jaeger. Le premier a à l'hôpital militaire une clinique pour les ophthalmiques, dans laquelle les élèves du *Josephinum imperial* (institut où l'on forme des médecins militaires) reçoivent l'enseignement théorique et pratique. Le professeur Stellwag donne aussi des cours privés sur le diagnostic différentiel des maladies des yeux, sur l'emploi de l'ophthalmoscope et sur les opérations oculaires.

Le professeur Jaeger, comme premier médecin de l'hôpital, a la direction d'une division pour les ophthalmiques (50 à 80 lits) où, dans la dernière année scolaire, c'est-à-dire depuis le mois d'octobre 1856 jusqu'au mois de juillet 1857 inclusivement, soit en dix mois, on a traité 659 patients, dont 426 hommes et 233 femmes.

Pendant ce laps de temps, on y a fait 63 opérations de cataracte (la plupart par extraction supérieure) dont 39 sur des hommes et 24 sur des femmes.

Le professeur Jaeger donne également des cours privés tant sur l'emploi de l'ophthalmoscope que sur les opérations oculaires.

En outre il a, en commun avec son père le docteur Frédéric Jaeger (profes-

seur pensionné de l'Académie Joséphine), une clinique privée dans sa maison, contenant de dix à seize lits.

Les cours privés de ces deux derniers professeurs extraordinaires réunissent de nombreux auditeurs tant autrichiens qu'étrangers.

Enfin les ophthalmiques peuvent encore être reçus dans trois autres hôpitaux privés; ce sont les hôpitaux privés Pelzli, Wertheim et Frommer. Le traitement y est fait par le médecin que les patients eux-mêmes ont choisi.

Oculistes des pauvres. — Une institution très bienfaisante, établie à Vienne depuis plusieurs années déjà, est celle de trois oculistes des pauvres. Ils sont obligés de traiter gratuitement chaque jour, à l'heure de leur consultation, les ophthalmiques nécessiteux, et au besoin d'aller les voir à domicile. Les remèdes des malades pauvres sont payés par un fonds des pauvres à ce destiné. Le premier oculiste des pauvres (qui reçoit un traitement de 500 florins) est actuellement le docteur Gulz, oculiste estimé à tous égards; le second est le docteur Blodig (aide émérite du professeur Rosas). La place du troisième n'a pas été occupée depuis la mort du docteur Carl. Le second et le troisième oculiste des pauvres ne reçoivent aucun traitement.

Prague. — Cette ville, dont l'Université est, comme on sait, la plus ancienne de l'Allemagne (elle date de 1348), possède actuellement les établissements suivants pour les ophthalmiques:

a) La clinique ophthalmique de l'Université, qui existe depuis l'année 1818. Elle a trente lits, vingt-quatre représentations plastiques d'yeux malades fournies par le docteur Paulus, et une bibliothèque assez complète. En outre, cette clinique possède beaucoup de préparations anatomiques naturelles et une collection d'instruments historiques.

Le professeur Fischer, disciple de Beer, qui a occupé la chaire de cette clinique depuis 1820 jusqu'en 1846-47, mérite ici une mention spéciale pour son zèle infatigable à augmenter et à améliorer toutes les institutions utiles, pour sa rare humanité, pour son excellente méthode d'enseignement, enfin pour ses connaissances et son habileté.

Depuis que son successeur le professeur Arlt a été appelé à Vienne, la chaire de Prague a été confiée au titulaire actuel, le professeur de Hasner.

b) La division des ophthalmiques à l'hôpital général de Prague contient de cinquante à soixante-dix lits et est sous la direction du docteur Pilz.

c) L'institut d'opération des aveugles, contenant seize lits, est soutenu en grande partie par les contributions de personnes bienfaisantes. On y opère et l'on y traite gratuitement chaque année plus de cent pauvres atteints de cataracte. Les opérations s'y font deux fois par an, au milieu de maï et au commencement de juillet.

Les élèves en ophthalmologie sont ordinairement invités à assister à ces opérations.

d) L'institut ophthalmique impérial des États, qui a un oculiste payé par les États des seigneurs de la Bohême, diffère très peu de l'institution ci-dessus mentionnée des oculistes des pauvres de Vienne, attendu que l'oculiste des États est également tenu de traiter gratuitement les ophthalmiques pauvres de la capitale et de tout l'empire. Les remèdes prescrits dans cet institut y sont délivrés gratuitement aux frais du fonds domestique des États. De 1820 à 1844, 23,000 ophthalmiques pauvres ont été traités par l'oculiste des États.

Padoue. — La clinique d'ophthalmologie de l'antique Université de Padoue fut fondée en 1818, lorsque l'étude de l'ophthalmologie fut devenue obliga-

toire, et que l'on prît en conséquence les mêmes mesures pour chaque université (de première classe), dans toute l'étendue de la monarchie autrichienne.

Le premier professeur à la Clinique d'ophthalmologie de Padoue fut le professeur Rosas. Il eut pour successeur le professeur Forresini, et plus tard le docteur Mattioli occupa cette chaire comme suppléant.

Actuellement elle est occupée par le professeur Gioppi, qui a été élève en opérations à la clinique chirurgicale du professeur Schuh, à Vienne. Cette Clinique d'ophthalmologie possède aussi des préparations en cire, tout à fait semblables à celle de la Clinique de Vienne. On y fait également un traitement ambulatoire.

Pavie. — La Clinique d'ophthalmologie de l'Université de Pavie n'offre rien qui mérite une description à part. Elle est en somme organisée de la même manière que celle de Padoue. La chaire y est occupée depuis de longues années, comme on le sait, par le digne professeur Flarer. Le nombre des malades qu'on y traite par an est de 130 à 160. On y fait en moyenne de 50 à 60 opérations dont la plupart sont des opérations de cataracte. La méthode presque exclusivement usitée est la dépression avec réclinaison.

Quant à ce qui est des autres villes du royaume Lombard-Vénitien, je ferai remarquer qu'aussi bien à l'hôpital civil de Venise qu'à l'*Ospital maggiore* de Milan, il existe une division pour les ophthalmiques, sous la direction d'un oculiste nommé à ce poste, mais qui pourtant ne donne aucun enseignement.

Mais ce dont je dois faire une mention particulière, c'est qu'il existe à Milan trois consultations ambulatoires pour les ophthalmiques pauvres :

Le docteur Marchetti, qui dirige à l'*Ospital maggiore* une division d'ophthalmiques avec soixante-cinq lits pour femmes et enfants (les hommes sont encore traités dans les chambres de malades dépendant de la chirurgie) donne chaque jour dans ce même local une consultation pour les ophthalmiques pauvres, auxquels on délivre également gratis (aux frais de l'hôpital) les remèdes nécessaires. Le nombre des ambulants doit être de 2,000 par an.

Le même docteur Marchetti a une seconde heure de consultation à l'hôpita des frères de la Miséricorde (*fate bene fratelli*) où il traite annuellement envi ron 3,000 malades. Il s'y trouve quatre lits réservés pour les opérations et les cas graves.

La troisième consultation gratuite pour les ophthalmiques pauvres est donnée par le docteur Quaglino dans sa propre maison. Il compte chaque année 3,000 ambulants, qui reçoivent gratis d'un pharmacien de la ville (Ravizza) les médicaments nécessaires.

Enfin il existe à l'hôpital des sœurs de la Miséricorde (*fate bene sorelle*) une division ophthalmique séparée, avec douze lits pour des domestiques du sexe féminin. Le même docteur Quaglino dirige gratuitement le traitement de ces malades. Qu'il me soit permis de dire ici quelques mots de ce véritable ami de l'humanité qui, non-seulement pour sa bienfaisance, mais encore pour ses efforts scientifiques, mérite d'être mieux connu et apprécié. Sentant combien il importait à la science de connaître plus exactement ce que les anciens médecins nommaient l'amaurose, le docteur Quaglino s'est voué particulièrement à l'étude de cette maladie, que nous dérobent encore en partie des voiles épais, et qui se présente sous tant de formes diverses. Il a jusqu'ici rassemblé mille huit cent cinquante-huit histoires de malades atteints d'amaurose, qu'il a écrites lui-même avec le plus grand soin, et auxquelles, depuis l'invention d'Helmholtz, il a ajouté exactement les résultats fournis par l'ophthalmoscope.

Puisse un si bel exemple exciter d'autres médecins italiens à poursuivre ce louable travail !

Dans les autres villes de province du royaume Lombard-Vénitien, les ophthalmiques sont ordinairement reçus dans les divisions chirurgicales, et traités par les *premiers chirurgiens* des établissements respectifs. Mais, dans toutes ces villes, on trouve au moins un médecin pratiquant, qui est en même temps *maître* en ophthalmologie, et qui entreprend des traitements et des opérations à titre privé (assez souvent dans sa propre maison), sans être ouvertement établi comme oculiste, et sans posséder d'institut privé permanent.

Trieste. — Dans le nouvel hôpital de Trieste, l'oculiste docteur Fendler a une division pour les ophthalmiques; il n'existe d'ailleurs aucun institut pour ces sortes de malades dans toute la province. Nous devons aussi mentionner ici le docteur Cappelletti, également estimé comme auteur et comme opérateur.

Dalmatie. — Dans toute la Dalmatie il n'existe, autant que je sache, aucun établissement ophthalmologique. Dans les quatre *hôpitaux de cercle* de la Dalmatie, quelques ophthalmiques sont traités par le premier chirurgien consultant. Des dépressions de cataracte ont été entreprises dans ces dernières années par les docteurs Borsatti, à Zara, et par le chirurgien Lopisich, à Raguse.

Hongrie. — A l'exception de Pesth et de Groszvaradin, on ne trouve dans toute la Hongrie aucun institut ophthalmologique proprement dit.

L'Université de première classe de Pesth a sa Clinique d'ophthalmologie à part, elle est organisée comme celles du reste de la monarchie et possède les mêmes ressources pour l'enseignement. Le professeur actuel est le docteur Lippay.

En Hongrie, nous trouvons encore un homme qui, par sa bienfaisance et son zèle pour la science, s'est acquis à juste titre la reconnaissance de sa patrie et l'estime de ses collègues. Nous voulons parler du docteur Gross qui, depuis plusieurs années déjà, a fondé à ses frais, à Groszvaradin, un institut ophthalmique (avec un certain nombre de lits), qu'il dirige encore actuellement lui-même.

Il y a quelques années, cette opinion régnait parmi les médecins autrichiens qu'il y avait en Hongrie beaucoup plus d'ophthalmiques que dans les autres pays de l'empire. C'est ce qui engagea notre paternel gouvernement à envoyer en Hongrie, aux frais de l'État, trois oculistes provinciaux, comme on les nomma, avec mission de parcourir dans des temps déterminés les divers comitats, afin d'y traiter les ophthalmiques et de séjourner plus longtemps là où des affections graves ou épidémiques réclameraient des soins particuliers. Mais, en examinant les choses de plus près, on reconnut que la fréquence présumée des maladies d'yeux ne consistait pas en réalité dans un plus grand nombre de cas, mais plutôt dans les conditions particulières où se trouvait ce pays, dans les mœurs de la population, dans le manque de secours en temps opportun, etc.

Or, comme les médecins ambulants ne pouvaient pas visiter assez fréquemment les malades, disséminés partout, et qu'aujourd'hui les chemins de fer ont singulièrement facilité les communications, on a supprimé ces oculistes provinciaux.

Gallicie. — L'Université de Cracovie est en ce moment organisée en université de première classe; en conséquence, pour le commencement de la prochaine année scolaire, elle aura aussi sa Clinique d'ophthalmologie, sous la direction de M. le professeur Slawikowski.

A Lemberg il existe, comme nous l'avons déjà dit, une université de deuxième classe avec une école de chirurgie.

La Clinique d'ophthalmologie consiste en deux chambres; elle est indépendante de la Clinique de chirurgie, et placée sous la direction d'un professeur spécial pour l'oculistique (Hawranck).

Il y avait aussi pour la Gallicie comme pour la Hongrie un oculiste provincial; il était obligé de parcourir chaque année la province et de traiter les ophthalmiques.

GRATZ, OLMUTZ et INSPRUCK. — Ces villes possèdent comme Lemberg des universités de deuxième classe, avec cette différence que, dans les deux premières villes, les professeurs de la clinique de chirurgie (Piringer et Hauser), donnent aussi le cours d'ophthalmologie.

Mais à Insprück, l'ophthalmologie est enseignée par le professeur de physiologie et de pathologie, docteur Seidl. A Gratz, il existe aussi un professeur privé de cette branche, le docteur Ressl, aide émérite de l'école d'ophthalmologie de Vienne.

Écoles inférieures de chirurgie. — SALZBURG et KLAUSENBURG (en Transylvanie) ne possèdent pas d'université, mais une école de chirurgie avec la même organisation que celle des universités de deuxième classe.

A Salzburg, le professeur Blarina, et à Klausenburg, le professeur Nagel enseignent la chirurgie et l'ophthalmologie.

N. B. Nous n'avons pas parlé dans cette notice des instituts pour les aveugles, par la raison qu'ils ne font pas partie des établissements thérapeutiques. Qu'il nous suffise de dire que, non-seulement dans les capitales, mais même dans chaque grande ville des provinces, il y a des instituts d'éducation, instituts d'occupation pour les aveugles, et des asiles pour les aveugles adultes.

DE L'ÉTAT DE L'OPHTHALMOLOGIE EN BELGIQUE

PAR LE DOCTEUR FALLOT,

Président de l'Académie Royale de Médecine de Belgique,
Médecin en chef honoraire de l'armée.

Pour faire une juste appréciation de l'état de l'ophthalmologie en Belgique, il faut l'envisager sous trois points de vue : l'*administratif*, le *professionnel*, et le *scientifique*.

Sous le premier rapport, il y a peu de pays qui puissent rivaliser avec le nôtre. Il n'y en a aucun, on peut le dire, où les indigents atteints de maux d'yeux soient, de la part du gouvernement, l'objet d'une sollicitude plus intelligente et plus sérieuse, où plus de ressources soient mises à leur disposition, et où les moyens prophylactiques soient recherchés avec plus de soin et appliqués avec plus de sévérité.—Indépendamment des hôpitaux généraux, où des services sont affectés à leur traitement, on a fondé dans plusieurs provinces des établissements spéciaux où se donnent gratuitement des consulta-

tions aux indigents atteints d'ophthalmie, et où l'on recueille, loge, nourrit et soigne ceux qui n'ont pas le moyen de se faire traiter chez eux. Pour faire connaître l'organisation de cette institution, je ne crois pouvoir mieux faire que de reproduire ici ce qui la concerne dans l'intéressant travail de notre laborieux confrère Ed. Cornaz, intitulé : *Notice sur les établissements consacrés au traitement des maladies des yeux*, inséré au T. XXVIII des *Annales d'oculistique*, p. 5 et suiv.

Ainsi que l'indique leur nom, ces instituts sont *provinciaux*, c'est-à-dire destinés au traitement des indigents ophthalmiques d'une province. Les administrations communales y envoient ceux de leurs pauvres qui ne peuvent être soignés à domicile pour des maladies d'yeux dont ils sont atteints. — Une consultation gratuite est tenue dans chacun de ces établissements. Les remèdes y sont remis aux malades. — Chaque année, des visites cantonnales ont lieu, à l'effet de rechercher les indigents atteints de maladies oculaires, qui, par suite de leur nature, de leur caractère, des soins spéciaux ou des opérations qu'elles exigent, doivent être traitées dans un établissement spécial. L'organisation de ces visites formant le caractère distinctif des instituts ophthalmiques belges, on ne lira pas sans intérêt les lignes suivantes, qui sont extraites d'un *Rapport* de la Commission administrative de l'Institut ophthalmique du Brabant. Consultée par le gouvernement du Brabant, au nom du département de l'intérieur, sur l'organisation, le but et les résultats des visites cantonnales, cette Commission s'est exprimée comme il suit :

« Aux termes de notre règlement, le chirurgien en chef de l'Institut se rend, à des époques déterminées, dans les chefs-lieux de cantons, où il visite les indigents aveugles ou atteints de maux d'yeux. Ces indigents lui sont adressés par les administrations communales qui ont été prévenues à temps, par circulaire du gouvernement provincial, et qui ont fait parvenir dès la veille de la visite la liste de leurs ophthalmiques au bourgmestre du chef-lieu cantonal. Le chirurgien transcrit le nom de ces malades dans un registre *ad hoc;* il prend note de la nature et de la durée de la maladie de chacun d'entre eux. Il leur remet un avis écrit lorsque la maladie peut être traitée à domicile; il les engage à se présenter à la visite gratuite de l'Institut lorsqu'il le juge nécessaire. Il désigne dans une colonne spéciale ceux qui sont le plus gravement atteints, et qui peuvent être traités ou opérés avec espoir de succès à l'Institut. A son retour de chacune de ces visites, le chirurgien nous remet la liste de ces derniers avec un rapport sur leur état. Nous nous empressons de mettre des lits à la disposition des malades chez lesquels il y a péril en la demeure; nous en informons les administrations communales, en les priant de délivrer aux intéressés une autorisation d'admission dans notre établissement. Si le cas est trop pressant, le chirurgien écrit directement à l'administration communale, et il nous en donne avis. Pour ce qui est des malades dont l'opération ou le traitement peut être ajourné sans le moindre danger, nous les appelons (toujours par la voie des administrations communales qui doivent autoriser leur admission) au fur et à mesure que des lits deviennent vacants par suite des sorties qui ont lieu.

« Cette exposition du but des visites cantonnales et de la règle qui y préside, en fait suffisamment ressortir l'utilité.

« Tout d'abord, elles fournissent une statistique à peu près exacte des indigents atteints de maux d'yeux et guérissables ou opérables. Elles nous permettent, par conséquent, de prendre toujours les mesures nécessaires pour leur assurer dans notre établissement les soins spéciaux que réclame leur état.

« Ces visites ont encore l'immense avantage de soumettre à la visite d'un homme spécial et expérimenté, des malheureux dont la plupart, considérés à tort comme incurables et devant demeurer jusqu'à leur mort à charge des budgets communaux, peuvent, sous l'influence d'un traitement, souvent de courte durée, ou par une opération chirurgicale convenablement instituée,

récupérer, avec une vision plus ou moins parfaite, l'aptitude à subsister en totalité ou en partie par le travail. On le croirait à peine, il s'est déjà trouvé, parmi les malades de cette espèce qui ont recouvré la vue à l'Institut, des malheureux abandonnés comme incurables depuis 29, 25, 20, 15 ans ; beaucoup l'étaient depuis plusieurs années.

« Nous ajouterons que les médecins sont généralement d'accord pour reconnaître que la presque totalité des ophthalmies graves qui affectent la classe pauvre et ouvrière exigent un traitement médical et des soins hygiéniques, que l'on ne peut rencontrer que dans un établissement spécial. Aussi, est-ce pour ainsi dire constamment d'après les conseils des médecins des pauvres que les malades se présentent aux visites de notre chirurgien ou sont envoyés à l'Institut par les administrations communales. C'est toujours à ces médecins qu'a recours M. Cunier, lorsqu'il ne réussit pas immédiatement à faire comprendre à certains ophthalmiques combien il importe qu'ils se soumettent à un traitement régulier. Leur concours empressé n'a jamais fait défaut. Un grand nombre de ces praticiens assistent aux visites cantonnales, et usent de toute leur influence pour aider à la réalisation du but qu'elles sont appelées à remplir...

« Enfin, M. le Gouverneur, il est une maladie qui, à elle seule, exigerait l'institution des visites cantonnales : nous entendons parler de l'ophthalmie dite *militaire* contagieuse.

« Nous ne vous dirons pas ici les heureux effets exercés par ces visites, soit en éclairant les administrations communales et les malades sur la nature et la prophylaxie de cette terrible affection, soit en fournissant les moyens de faire droit aux demandes de secours et subsides qui vous sont adressées, ou qui sont renvoyées à votre avis par M. le ministre de la justice. Grâce à la création de l'Institut, on peut aujourd'hui séquestrer jusqu'à leur entière guérison des malades qui portaient autrefois la contagion dans leurs familles. Et d'ailleurs, l'ophthalmie militaire, traitée à son début, guérit toujours rapidement; lorsqu'elle a jeté profondément ses racines, elle est au contraire rebelle au traitement, qui est toujours d'une longue durée. Cette vérité si connue, attestée par nos registres d'entrée et de sortie, montre assez combien il importe de rechercher les malheureux en proie à cette ophthalmie, presque constamment si bénigne en apparence, et qui, après avoir en quelque sorte *couvé* parmi les membres d'une famille, y fait explosion tout à coup, et y amène, avec la cécité, la désolation et la misère. »

Au point de vue *professionnel*, l'état de l'ophthalmologie ne se présente pas en Belgique sous un aspect tout à fait aussi satisfaisant; car, quoique le nombre des médecins qui s'adonnent à l'étude de cette branche de l'art de guérir soit beaucoup plus considérable qu'il ne l'était jadis, et que nous en possédions plusieurs qui la cultivent de la manière la plus distinguée, nous n'en avons que fort peu qui la pratiquent exclusivement et puissent revendiquer à ce titre le nom de *médecins oculistes*.

L'impulsion communiquée de ce chef par Cunier est pour ainsi dire morte avec lui. Je sais ce que la qualification de spécialiste inspire de répugnance à quelques esprits, mais je ne puis la partager, et suis plus que jamais convaincu que si, au point de vue de la science, l'encyclopédisme est une nécessité pour l'ophthalmologue, au point de vue de la pratique, il serait un obstacle à ses progrès et qu'en ophthalmologie, comme dans toutes les autres branches des connaissances humaines, la division des travaux est une condition indispensable de perfectionnement.

Les temps ne sont pas si éloignés où la pratique de l'oculistique était en Belgique entre les mains d'empyriques, étrangers au pays, nomades, venant y établir leur tente quand ils voyaient une moisson à faire, pour la transporter ailleurs quand elle était achevée, opérant toujours, souvent au hasard, et pour

ainsi dire au petit bonheur, et exploitant largement un terrain, qu'une expérience imparfaite de la matière décidait, et forçait en quelque sorte quelques médecins du pays, consciencieux et jaloux de leur réputation, de leur abandonner. Ce n'est pas que dès lors la Belgique ne possédât des médecins riches en science ophthalmologique et opérateurs habiles, mais ils étaient évidemment en trop petit nombre pour les besoins. Remarquons que naguère encore, pour faire leurs études spéciales, les médecins belges se rendaient à l'étranger, faute de trouver chez eux les ressources nécessaires pour s'instruire. Aujourd'hui cet état de choses a cessé.

Considérée enfin au point de vue *scientifique*, l'ophthalmologie est cultivée parmi nous avec beaucoup de succès, et les médecins belges ont su s'y conquérir une place honorable. Les travaux sortis depuis un quart de siècle de cette source en font foi ; et, grâce à l'existence d'établissements spéciaux nombreux, ceux qui sont désireux de s'instruire à la pratique peuvent l'apprendre, et la Belgique n'a, sous ces divers rapports, rien à envier à l'étranger.

Jetons un coup d'œil rapide sur l'enseignement.

Si mes informations sont exactes, c'est aux Universités de Gand et de Louvain seulement qu'il existe des cliniques ophthalmologiques spéciales et régulières. Ailleurs aussi, à la vérité, ces cours sont inscrits aux programmes, mais ils sont donnés par des professeurs chargés de plusieurs autres chaires, et qui ne peuvent, malgré leur zèle, y consacrer le temps, ni, malgré leur compétence incontestée, y donner toute l'extension que l'importance de la matière réclame. —Je sais bien que l'Institut de Bruxelles est ouvert aux élèves de l'Université de cette ville, qu'ils sont autorisés par la Commission administrative à en suivre la clinique et à assister aux opérations : l'administration de l'Université et celle de l'établissement ont donc fait dans l'intérêt des études tout ce qu'il était en leur pouvoir de faire, mais plusieurs obstacles sur lesquels nous n'avons pas à nous étendre, en rendent la fréquentation presque impossible aux étudiants et, pour autant que je sache, il en est peu qui en profitent.

A Liége, l'Institut, quoique établissement privé, entretenu à l'aide de souscriptions volontaires, est fréquenté avec empressement par la jeunesse universitaire (1).

(1) Les Instituts ophthalmiques de la Belgique sont :

1° L'Institut de Bruxelles, fondé en 1840, par Cunier, est subsidié par la province. La direction en est actuellement confiée à M. Van Roosbroeck, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Gand, assisté par M. Bosch, docteur en médecine et en chirurgie à Bruxelles. Le directeur y fait ordinairement deux courtes visites par semaine. Cet établissement est commun à la province du Brabant et à celle d'Anvers.

La moyenne des malades qui y sont traités annuellement est de 1,000.

2° L'Institut de Louvain, affecté exclusivement aux ophthalmiques de l'armée, est établi à l'hôpital militaire. Cependant, les élèves de l'Université y sont admis à suivre la clinique faite avec la plus grande exactitude par M. Hairion, médecin de bataillon, et professeur d'ophthalmologie à l'Université de Louvain.

3° L'Institut du Hainaut, à Mons, ouvert dans un local contigu au dépôt de mendicité dont il forme une dépendance, fonctionne depuis 1838, sous l'habile direction de M. le docteur Stiévenart, médecin oculiste.

Le nombre moyen des malades traités dans cet établissement est de 300.

4° L'Institut de Namur, fondé en 1845 par Loiseau. Le nombre des malades traités annuellement est de 400 environ. C'est M. le docteur Bribosia fils qui en a actuellement la direction.

5° L'Institut de Bruges, subsidié par la province, établi à l'hopital Saint-Jean, fut fondé en 1845 par les docteurs de Meyer et Verté. Le nombre moyen des malades admis est de 250.

6° L'Institut d'Ypres, subsidié par la province, dirigé par M. le docteur Hammelrath.

7° L'Institut de Liége, fondé en 1842, par M. Jules Ansiaux, médecin oculiste, qui continue à en avoir la direction , n'est pas subsidié par la province, mais reçoit annuellement une faible indemnité du gouvernement et de la commune. Les frais sont couverts d'ailleurs par des contributions volontaires. Le nombre moyen des malades qui y sont traités est de 800 environ.

La partie la plus difficile incontestablement de l'oculistique et la plus importante, puisque c'est dans l'appréciation exacte de l'état organopathique que se puisent les indications curatives, c'est la diagnose. Les opérations qui, aux yeux de quelques médecins et de la majeure partie du vulgaire, sont en quelque sorte toute l'ophthalmologie, ne sont plus qu'une chance aveugle et dangereuse, une espèce de quitte ou double, en l'absence d'un diagnostic sûr, qui en établisse la nécessité et autorise à s'en promettre une issue favorable. Or, il n'est aucune des branches de la médecine où le diagnostic exige une éducation plus parfaite, une application plus assidue et plus souvent répétée des sens. Avec quelque précision, quelque clarté que soient décrites les maladies organiques des yeux; avec quelque fidélité que soient reproduites graphiquement les désordres qui les caractérisent, on ne pourra jamais se faire une idée de la réalité. Il faut avoir vu, revu, et revu encore les innombrables variétés d'aspect dont les humeurs de l'œil et ses membranes sont susceptibles dans leur état de maladie, et avoir été dirigé dans ces examens par un guide exercé pour pouvoir les reconnaître, en préciser la signification, et ne pas s'y fourvoyer quand on est abandonné à soi-même. Si les cliniques sont de la plus haute utilité dans toutes les branches de la médecine, elles sont indispensables, et une condition *sine quâ non* en ophthalmologie : on ne saurait donc trop les multiplier, ni les utiliser avec trop d'empressement. Dans ma manière de voir, les cliniques devraient se donner dans les hôpitaux et aux instituts par des professeurs *spéciaux*, exclusivement chargés de l'enseignement de l'ophthalmologie. Un homme n'a pas trop de tout son temps pour se tenir au courant de toutes les connaissances requises et entretenir l'aplomb et la dextérité nécessaires pour l'exercer avec fruit.

En somme, la Belgique possède tout ce qu'il faut pour créer d'excellents ophthalmiatres, à savoir, des maîtres instruits, des sujets atteints de maladies oculaires de toute espèce, de toute nuance, des établissements hospitaliers parfaitement organisés. Il ne s'agit que de savoir en tirer parti.

DE L'ÉTAT DE L'OPHTHALMOLOGIE EN DANEMARK

PAR LE DOCTEUR MELCHIOR, DE COPENHAGUE.

(*Notice lue en Comité général le 14 septembre.*)

Le Comité d'organisation du Congrès a, par une de ses circulaires, invité messieurs les membres étrangers à vouloir bien fournir un résumé succinct de l'état de l'ophthalmologie dans leur pays. Ce travail m'a offert plus de difficultés qu'il n'en a sans doute présenté à mes honorables confrères des autres nations, parce que les matériaux me manquaient pour le constituer. J'ai néanmoins voulu donner une preuve de ma bonne volonté au Comité, en rédigeant à la hâte les courtes observations qui vont suivre.

§ I.

Maladies régnantes. — Pour donner un aperçu aussi succinct que possibl[e] des maladies oculaires qui prédominent en Danemark, j'ai cru ne pouvoi[r] mieux faire que de dresser le tableau suivant de tous les malades qui ont ét[é] traités, tant dans mon cabinet de consultations, que dans les deux grand[s] hôpitaux généraux de Copenhague, où des salles ont été spécialement affecté[es] à ce genre de maladies.

Tableau statistique des maladies traitées.

GENRE DE MALADIE. Dans les cas où les maladies ont été compliquées, j'ai mentionné l'affection la plus prononcée.	CLINIQUE du PROFESSEUR MELCHIOR.				HOPITAL COMMUN à Copenhague. (PROFESSEUR LARSEN.)				HOPITAL FRÉDÉRIC. (PROFESSEUR BUNTZEN.) Hommes, femmes et enfants.	TOTAL
	HOMMES.	FEMMES.	ENFANTS.	TOTAL.	HOMMES.	FEMMES.	ENFANTS.	TOTAL.		
Ophthalmie catarrhale	364	505	61	930	27	21	18	66	71	1.0
Ophthalmie scrofuleuse	28	34	181	243	9	8	80	97	»	5
Ophthalmie rhumatismale	49	28	8	85	»	»	»	»	»	8
Ophthalmie scorbutique	4	1	1	6	»	»	»	»	»	
Maladies diverses des paupières.	71	73	51	195	»	»	»	»	24	21
Entropion	7	7	»	14	»	»	»	»	»	1
Ectropion	5	4	3	12	»	»	»	»	»	1
Ophthalmie des nouveau-nés	»	»	34	34	»	»	3	3	»	3
Ophthalmie gonorrhéïque	18	4	2	24	6	»	»	6	5	3
Ophthalmie granulaire	153	137	55	345	2	»	1	3	42	39
Orgeolet et érésypèle des paupières	61	77	26	164	»	»	»	»	»	16
Pannus	8	6	»	14	»	»	»	»	»	1
Pterygium	6	4	»	10	»	»	»	»	»	1
Strabisme	45	62	85	192	»	»	»	»	3	19
Maladies de l'appareil lacrymal.	25	52	10	87	»	»	»	»	3	9
Sclérotite	4	2	1	7	»	»	»	»	»	
Maladies de la cornée (kératite).	27	26	8	61	22	28	58	88	93	24
Nuages, albugos, leucômes	25	27	26	78	3	1	»	4	»	8
Staphylômes	11	13	16	40	2	2	4	8	5	5
Choroïdites	6	7	1	14	»	»	»	»	8	2
Sclérotico-choroïdite postérieure	12	6	»	18	»	»	»	»	»	1
Iritis	37	34	3	74	15	7	»	22	45	14
Mydriase	10	7	1	18	»	»	»	»	»	1
Colobôme	2	1	»	3	»	»	»	»	»	
Abnormités pupillaires	20	11	2	33	3	2	1	6	»	3
Hypopion	4	6	»	10	1	1	1	3	»	1
Cataractes	38	101	13	152	9	34	2	45	38	25
Maladies du corps vitré	9	11	»	20	»	»	»	»	»	2
Maladies du nerf optique	5	3	»	8	»	»	»	»	»	
Amblyopies et amauroses	35	28	7	70	14	8	»	22	17	10
Inflammation causée par des corps étrangers	49	28	8	85	23	6	4	33	39	157
Hypérémies et congestions du bulbe	60	30	10	100	»	»	»	»	»	100
Diplopie	11	5	3	19	»	»	»	»	»	19
Myodésopie	40	24	4	68	»	»	»	»	»	68
Héméralopie	6	1	»	7	»	»	»	»	»	7
Hebetudo visûs	58	107	10	175	»	»	»	»	»	175
Atrophie d'un œil	10	10	7	27	»	»	»	»	»	27
Atrophie des deux yeux	3	4	4	11	»	»	»	»	»	11
Exophthalmos	5	2	»	7	»	»	»	»	2	9
Nystagme	3	4	5	12	»	»	»	»	»	12
Glaucôme	5	11	»	16	»	»	»	»	»	16
Cancer de l'œil	»	»	»	»	»	»	1	1	2	3
Ophthalmitis	»	»	»	»	»	»	1	1	1	2
	1,339	1,503	646	3,488	136	118	154	408	398	4,294

J'ai eu le regret de ne pouvoir, malgré mon désir d'être complet, faire entrer dans mon cadre les chiffres des malades traités à la clinique ophthalmique des indigents de Copenhague, mais le titulaire de cet établissement n'a pas jusqu'à présent livré à la publicité les élémens de cette statistique. Celle que j'ai l'honneur de vous offrir porte sur un chiffre de 4,294 malades, dont 3,488 ont été traités par moi pendant ces cinq dernières années, 408 à l'hôpital commun, par le professeur Larsen pendant la même période, et 398 à l'hôpital Frédéric, par M. Buntzen, dans les années 1854-1855-1856.

Sans pouvoir m'appuyer sur des tables statistiques qui n'existent point, je crois qu'il m'est permis d'avancer que les ophthalmies sont moins fréquentes en Danemark et dans tout le nord de l'Europe que dans les États du centre et du midi, et qu'elles y sont aussi plus bénignes. L'action du froid détourne donc de nous, selon toute vraisemblance, les cas les plus violents de ces affections, qui ne s'y présentent que rarement à l'état épidémique. Ce fait est confirmé par l'observation, que les ophthalmies dans le nord sont plus nombreuses l'été que l'hiver, et que les atteintes en sont aussi plus pernicieuses dans la saison des chaleurs.

La prédominance dans le midi des affections oculaires est encore démontrée par le nombre, relativement beaucoup plus considérable, des aveugles qui s'y rencontrent. Ainsi, tandis qu'en Danemark on ne compte qu'un cas de cécité sur 2,400 individus, dans les pays du midi ou du centre, il s'en trouve un sur 1,400, et il résulte de listes très exactes, dressées par ordre de gouvernement pour la réorganisation de l'Institut des aveugles à Copenhague, que, sur une population de 1,200,000 habitants, il n'y a en Danemark que tout au plus 60 aveugles de l'âge de 9 à 18 ans — l'âge pendant lequel les aveugles peuvent rester dans l'école — tandis que, dans le sud de l'Europe, ce nombre atteint plus du double.

Le nombre des affections oculaires a beaucoup augmenté en Danemark depuis 1852, si l'on s'en rapporte à celui des consultations qui ont été délivrées depuis cette époque. Je ne crois pas me tromper en attribuant cette augmentation à la panique qu'ont éprouvée les populations en entendant parler de l'invasion de l'ophthalmie militaire. Bien des gens se sont, depuis cet envahissement, adressés au médecin qui, le plus souvent, n'a eu d'autre chose à faire qu'à rassurer des personnes timorées, et non à guérir les affections imaginaires dont elles se croyaient attaquées.

§ II.

Enseignement et pratique ophthalmiatriques. — Ici les données que je peux fournir seront plus stériles, plus négatives encore que celles qui sont renfermées dans le chapitre précédent. La pratique de l'ophthalmologie, pas plus que l'enseignement de cette branche de l'art de guérir, ne rencontrent d'éléments suffisants dans un pays dont la population est aussi peu considérable qu'en Danemark; on peut dire qu'il n'y a pas, à proprement parler, chez nous, de spécialistes pour la pratiquer, ni de cours spéciaux où elle ait pu être enseignée.

C'est ainsi que feu le docteur Withusen qui, pendant plus de trente ans, a été posé comme l'unique ophthalmologue du Danemark, occupait néanmoins une chaire de chirurgie opératoire et clinique à l'Université.

Ces fonctions et l'exigence d'une clientèle qui s'étendait dans tout le nord, et que justifiait l'habileté de celui qui l'avait acquise, l'ont empêché de rien laisser après lui, ni de rien publier de ses expériences de tant d'années.

Plus tard, et quand l'âge de Withusen faisait pressentir que sa succession ne devait pas tarder à devenir vacante, d'autres professeurs ouvrirent des cours d'ophthalmologie, soit à l'Université, soit chez eux, comme je l'ai fait moi-même pendant quatre saisons. Mais malgré cela, il n'y a jamais eu, et nous le déplorons profondément, de chaire réservée à l'ophthalmologie à l'Université de Copenhague. Ce n'est non plus que dans ces tout dernières années que M. Buntzen, professeur de clinique chirurgicale au grand hôpital royal Frédéric, y a fait disposer des salles spéciales pour le traitement des maladies oculaires.

Il faut mentionner ici que, l'année passée, deux hôpitaux spéciaux ont été érigés pour l'ophthalmie militaire. Mais l'existence n'en peut être regardée que comme provisoire ou temporaire.

Il y a en outre à Copenhague deux polycliniques ophthalmiques : l'une est destinée aux indigents et est salariée par la commune; l'autre est la mienne, aux registres de laquelle j'ai emprunté les renseignements statistiques qui figurent au tableau.

Comme vous le voyez, Messieurs, il s'en faut de beaucoup que l'ophthalmie occupe, comme spécialité, dans notre pays, la place qu'elle a conquise chez les autres nations. L'absence d'un enseignement officiel, exclusivement réservé à cette intéressante branche des connaissances médicales, la laisse, à n'en pas douter, dans une position d'infériorité qu'il est bien à désirer de voir cesser. L'ophthalmologie, sans chaire spéciale, n'atteindra jamais la perfection qu'un enseignement exclusif y peut seul donner.

Aussi exprimé-je le vœu que, dans un avenir peu éloigné, notre Université s'enrichisse de ce cours, qu'il serait heureux de voir accorder à un jeune homme studieux, qui consentît à en faire l'objet de ses études exclusives.

Aujourd'hui que, grâce à de si vigoureuses intelligences que rien n'arrête, l'ophthalmogie a conquis une position qu'il n'était pas possible de prévoir, et que l'illustre assemblée qui veut bien m'écouter vient de consacrer par ses travaux, il n'est plus permis de l'envisager avec indifférence. — Que tous nos efforts tendent donc à en faire ressortir la suprême importance, afin que nous puissions bientôt prouver aux illustres voisins, dont nous sommes entourés, combien il nous tient à cœur de les suivre dans la noble voie du progrès, qu'ils nous ont si bien tracée.

DE L'OPHTHALMOLOGIE ET DE L'OPHTHALMIE MILITAIRE EN ESPAGNE

ET EN PARTICULIER A MADRID,

PAR LE DOCTEUR RAPHAEL CERVERA DE MADRID.

(Notice lue en Comité général le 13 septembre.)

Le Comité d'organisation du Congrès a jugé, avec raison suivant moi, que la connaissance de l'état actuel de l'ophthalmologie dans les différents pays

e l'Europe pouvait présenter, non-seulement un certain intérêt, mais encore e l'utilité pour les personnes qui s'occupent de cette branche de l'art de uérir, et le zélé Secrétaire général du Comité m'ayant manifesté, par sa ettre du 2 juin dernier, le désir que je me chargeasse de ce travail pour 'Espagne, je ne me suis pas cru en droit de décliner cet honneur, et j'ai accepté ette tâche difficile, comptant sur la bienveillance du Congrès bien plus que sur nes faibles lumières. Aussi, je dois vous l'avouer, Messieurs, je n'avais pas meuré exactement, lorsque j'ai entrepris ce travail, toutes les difficultés qu'il y urait à franchir pour le faire digne de l'assemblée qui m'écoute : jeune encore lans la carrière, j'aurais dû peut-être laisser à une voix plus autorisée que la nienne le soin de vous exposer l'état de nos connaissances en ophthalmologie. lais, si une longue expérience et l'autorité que celle-ci donne pour bien juger ne font défaut, je m'efforcerai d'y suppléer à force d'attention et de bonne olonté, et animé du plus vif désir d'être juste et véridique.

Jusqu'à ce jour, Messieurs, et en règle générale, quoique ayant produit l'excellents médecins et quelques bons chirurgiens, l'Espagne a presque nanqué de ce que l'on est convenu d'appeler des spécialités, et cela dans les lifférentes branches de l'art de guérir; l'ophthalmologie en particulier n'a as fait exception à cette règle générale; il existe de nombreuses et puissantes aisons à cet état de choses : la première, et la plus immédiate, est sans conredit l'état violent de guerres étrangères et intestines, dans lequel le pays vécu depuis presque le commencement de ce siècle jusqu'à ces dernières nnées; cet état de choses a fait que nos écoles n'ont pu produire que le ombre de praticiens nécessaire aux besoins du pays et que, d'un autre côté, elles n'ont pu recevoir, comme celles des pays plus favorisés, l'organisation indispensable à la production d'hommes spéciaux; et, en effet, comme j'aurai un peu plus loin l'occasion de vous le dire, nous ne possédons aujourd'hui qu'une seule clinique d'ophthalmologie, et encore n'est-elle établie que depuis 1850; d'un autre côté, par la même raison qu'il ne s'est pas produit jusqu'à ce jour de spécialités, nos malades sont peu portés à avoir recours aux conseils de ceux qui débutent dans la carrière, et ce n'a pas été là un motif d'encouragement pour ceux que leur vocation ou leurs aptitudes auraient portés vers l'étude d'une spécialité quelconque; enfin, s'il est vrai que nous possédons quelques grands centres de population comme Madrid, Barcelonne, Séville, Valence, où les hommes studieux dans les différentes branches de la profession pourraient trouver un théâtre où exercer leur activité, si indispensable au développement de leur talent, il n'en est pas moins vrai que la difficulté des communications fait que le médecin spécialiste n'a guère à soigner, dans ces grands centres mêmes, que les malades de la localité, toutes circonstances qui ont rendu jusqu'à ce jour presque impossible en Espagne le développement des grandes pratiques spéciales qu'on voit dans presque toutes les grandes villes du reste de l'Europe.

Quoi qu'il en soit, et malgré ces obstacles, j'ai la conviction que l'étude et l'exercice de l'ophthalmologie ne peuvent tarder de prendre en Espagne le développement que cette branche importante de l'art nécessite et mérite si incontestablement ; déjà elle commence à avoir des représentants, jeunes et pleins d'avenir pour la plupart, dans presque toutes nos grandes villes, et enfin elle possède un enseignement officiel, à la tête duquel est placé un professeur intelligent et digne, qui ne peut manquer de donner encore au pays des hommes à la hauteur de leur mission. Mais je m'arrête, car ce n'est pas de l'avenir de l'ophthalmologie en Espagne que j'ai à vous entretenir, mais bien de son état actuel, et je me hâte de rentrer dans mon sujet.

Notre école médico-chirurgicale moderne n'a pas une doctrine qui lui soit propre; depuis quelque temps, nous nous sommes accoutumés à puiser un peu partout, recevant et suivant le mouvement scientifique du reste de l'Europe, mais surtout celui des écoles françaises, ce qui s'explique par les rapports de voisinage et les relations qui nous unissent à cette nation. Je ne m'étendrai pas, Messieurs, sur les inconvénients de cet état de choses, ce qui serait en dehors de mon sujet; mais je ne puis m'empêcher d'en signaler quelques-uns, parce qu'ils ont eu la même influence sur l'état actuel de l'ophthalmologie. Or, parmi ces causes qui ne nous ont pas permis de faire surgir quelque système particulier, et propre en un mot à produire une école médicale, je dois rappeler l'état politique du pays, durant tout le commencement de ce siècle, dont j'ai déjà indiqué l'influence sur l'ophthalmologie en particulier, puis le peu d'encouragement qu'ont reçu jusqu'à ce jour nos essais de littérature médicale tant de la part du gouvernement que de celle du public médical, en général trop peu nombreux et disséminé dans le pays, où ses dures occupations ne lui laissent guère de loisir pour l'étude, tout en ne lui fournissant que ce qui est strictement nécessaire aux besoins de la vie. L'ophthalmologie ne pouvait échapper à ce destin ; la plupart de ceux de nos praticiens qui s'occupent de cette branche de l'art sont allés faire ou compléter leurs études à l'étranger, après avoir puisé leur première éducation scientifique dans les universités du pays. Nous possédons des traductions des ouvrages de Scarpa et de MM. Sichel et Desmarres, qui sont dans les mains de tous nos élèves, et ceux de nos praticiens les plus adonnés à l'étude et à la pratique des affections oculaires doivent aller puiser, s'ils veulent se tenir à la hauteur des progrès de la science, dans les nombreuses publications que produisent d'autres pays de l'Europe, et cela suivant que leurs études et la connaissance des langues étrangères le leur permettent. Cependant, et comme je vous l'ai déjà dit, Messieurs, cet état de choses tend à disparaître; jusqu'à l'année 1850, nous n'avons pas eu d'enseignement spécial pour l'ophthalmologie; chaque professeur de pathologie chirurgicale traitait dans ses cours, avec plus ou moins d'extension, des maladies oculaires, et dans les cliniques de chirurgie étaient répartis les malades affectés de ces dernières. C'est là encore ce qu'on observe dans toutes les écoles et dans tous les hôpitaux du royaume, à l'exception de Madrid, où, comme je viens de le dire, le gouvernement a fondé, vers l'année 1850, la seule clinique d'ophthalmologie que nous possédions, et dont le professeur depuis sa fondation est M. Calvo y Martin ici présent.

Cette clinique, comme je vais essayer de le prouver, ne nous laisserait que bien peu à désirer, sans une circonstance grave qu'elle présente à mon avis, dont M. Calvo, j'en suis convaincu, a dû reconnaître depuis bien longtemps la fâcheuse influence, et qu'il n'aura pas sans doute dépendu de lui de faire disparaître. Cette circonstance, c'est que ce même professeur se trouve chargé en même temps de la clinique d'ophthalmologie et de celle des maladies syphilitiques; il résulte de cette réunion de deux cours si incompatibles ce premier inconvénient, que le professeur doit partager son année scolaire en deux moitiés : l'une destinée aux maladies des yeux, l'autre aux maladies vénériennes. Quoi qu'il en soit, parfois M. Calvo commence son cours par l'ophthalmologie, d'autres fois par la syphilographie ; dans tous les cas, le cours d'ophthalmologie ne dure jamais moins de trois mois et demi, pendant lesquels ce professeur a pour coutume de consacrer de 70 à 80 leçons à cette partie si importante de son cours, et pendant lesquels il trouve moyen de donner à son enseignement théorique tout le développement qu'on peut désirer. Le service clinique se compose de trois salles qui peuvent contenir commodément trente

malades; les deux plus petites, de huit lits chacune, sont très bien disposées, parfaitement aérées et éclairées; la troisième seule est un peu obscure. La visite a lieu tous les matins en présence des élèves qui assistent aux leçons du professeur. Le plus grand reproche que l'on puisse faire à cét enseignement clinique, c'est sa trop courte durée, car, le cours d'ophthalmologie fini, on ne reçoit presque plus de maladies des yeux dans ces salles. Le nombre de malades reçus dans cette clinique oculaire est un peu trop limité, ce qui dépend à mon avis de la pratique établie dont je viens de vous entretenir.

Je n'abandonnerai pas le collége Saint-Charles, de Madrid, sans vous dire quelques mots de l'habile chirurgien chargé de la chaire et de la clinique d'opérations à la Faculté. M. Sanchez de Toca, quoique s'occupant de toutes les branches de la chirurgie, n'en est pas moins un excellent oculiste; dans son service se pratiquent, avec d'autres, grand nombre d'opérations sur les yeux, et cela pendant toute la durée du cours. Ne me demandez pas quelles sont ses méthodes de prédilection, il les emploie toutes, et souvent avec d'heureuses modifications que lui suggère un génie chirurgical vif et fécond. Si l'on peut lui reprocher quelque chose, c'est le luxe de ses procédés; souvent même, en opérant une cataracte double, il exécute l'abaissement ou le broiement d'un côté et l'extraction de l'autre, mais toujours avec l'adresse et la facilité qui sont le partage d'opérateurs comme lui. Aussi à sa clinique, bien riche en enseignement et la première de l'Espagne, on peut étudier tour à tour l'extraction de la cataracte par kératotomie supérieure et inférieure, l'abaissement par la sclérotique ou par la cornée, la réclinaison, le broiement et la dilacération de la capsule. Enfin, je ne pourrais que répéter la même chose pour la pupille artificielle et pour toutes les autres opérations qui se pratiquent sur l'œil et ses annexes. Sans contredit, M. Sanchez Toca obtient de très beaux succès, mais peut-être seraient-ils encore plus nombreux si, en faisant le choix du procédé, il prenait davantage en considération les indications fournies par la maladie, base sur laquelle, à mon avis, on doit toujours s'asseoir pour la méthode opératoire. Parmi les moyens thérapeutiques locaux qu'il emploie ordinairement, il faut signaler le nitrate d'argent, dont il fait grand usage à doses très fortes : les granulations des paupières sont souvent combattues par ce professeur à l'aide de l'acétate neutre de plomb.

L'hôpital militaire de Madrid possède un vaste service destiné aux affections oculaires; c'est M. Serra qui, depuis quelques années, en est chargé; mais je ne connais pas assez l'esprit ni la pratique de ce professeur pour me permettre de le juger.

Dans les autres hôpitaux et hospices, il n'y a pas de services spéciaux, si ce n'est pour les opérés de cataracte; d'où il résulte que les malades ophthalmiques se trouvent, dans les salles de médecine et de chirurgie, confondus avec ceux attaqués d'autres maladies. A l'hôpital général, le plus grand établissement de ce genre que nous possédions dans le royaume, quand le printemps et l'automne arrivent, on dispose des salles pour recevoir les cataractés qui doivent subir l'opération, qu'on a l'habitude de pratiquer vers les mois de mai et de septembre. Les chirurgiens chargés de ces opérations sont MM. Raphaël Guardia et Antonio Saez; tous deux sont partisans de l'extraction inférieure, qu'ils exécutent à l'exclusion de toute autre méthode. La moyenne des opérés par an peut s'élever à cent. M. Guardia est sans contredit un des chirurgiens qui, chez nous, a opéré le plus de cataractes; aussi ce praticien a-t-il acquis une grande habileté opératoire.

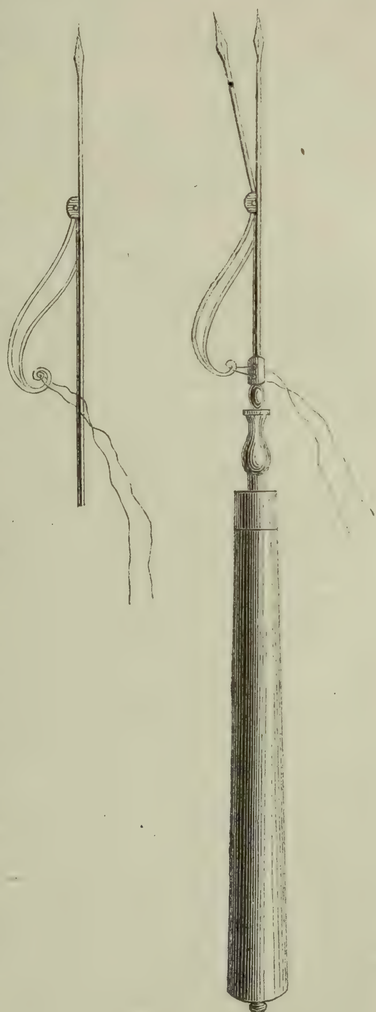
Dans les autres villes de la péninsule, aussi bien qu'à Madrid, on trouve encore quelques médecins et chirurgiens qui s'occupent avec fruit de l'oculistique,

mais de plus grands développements sur ce sujet m'entraîneraient trop loin. Je me contenterai de signaler que la méthode opératoire de la cataracte, qui domine en Espagne, c'est l'extraction inférieure; les moyens thérapeutiques le plus souvent employés sont les émollients dans la période aigüe des ophthalmies, les résolutifs dans la période subaigüe; l'usage du nitrate d'argent, du sulfate de zinc et du sous-acétate de plomb est très répandu; le traitement antiphlogistique local est très en vogue, et l'on emploie aussi beaucoup les vésicatoires à la nuque. L'application du sulfate de cuivre en nature, pour combattre les ophthalmies catarrhales chroniques et les granulations des paupières, se fait partout. L'ophthalmie militaire, surtout à l'état chronique, est traitée de préférence par le nitrate d'argent et, par un petit nombre de praticiens parmi lesquels je citerai M. Montaut, par les scarifications des paupières et l'excision des granulations; cette méthode est appliquée du reste si vigoureusement par ce médecin, qu'il l'emploie dans presque toutes les affections inflammatoires de l'œil. L'opération de la pupille artificielle en Espagne ne se fait pas fréquemment; celle de la fistule lacrymale se fait davantage, et presque toujours par la méthode de Dupuytren; la myotomie oculaire a été comme partout à la mode il y a quelques années, mais aujourd'hui elle est tombée en discrédit et s'emploie très rarement. Les applications de l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies des parties profondes de l'œil sont presque nulles, et les travaux de Helmholtz, de Jaeger fils, de Ruete et d'autres sont encore à peine connus.

Vous comprendrez, Messieurs, par tout ce qui précède, que notre littérature médicale pour l'ophthalmologie en particulier ne peut être qu'inférieure à celle des autres branches des connaissances humaines; cependant, quelque peu nombreux que soient chez nous les ouvrages qui traitent de l'ophthalmologie, on en trouve quelques-uns dont la doctrine et la méthode mettent hors de doute que cette partie de la science a été cultivée avec fruit par quelques-uns de nos devanciers. Ainsi, en 1785, parut à Barcelonne le *Traité des maladies des yeux* de Dominique Vidal, volume in-8° de 216 pages avec un avant-propos et d'une impression très claire quoique serrée. L'auteur déplore de prime abord l'état peu satisfaisant et fort limité des connaissances en oculistique parmi ses confrères : « Sauf, dit-il, les *Institutions chirurgicales* de Heister, nous ne possédons rien en espagnol qui traite de cette matière, au moins avec une certaine extension. » Lui-même a rédigé son ouvrage en puisant dans ceux de Maître-Jan, Saint-Ives, Guérin et Deshays-Gendron. Il le divise en sept sections, renfermant chacune plusieurs chapitres, et les maladies se trouvent classées d'après l'ordre anatomique. La première section embrasse les maladies des paupières, et les autres celles des angles des yeux, des affections siégeant entre les paupières et l'œil, du globe, des membranes, des humeurs et des nerfs optiques. Cinq pages lui suffisent pour exposer les maladies de la rétine. Les opérations de la fistule lacrymale et de la cataracte y sont traitées avec soin, et il conseille l'abaissement de la cataracte comme la méthode préférable à toutes les autres. Mais il y a dans ce livre un fait extrêmement curieux et remarquable que je dois tirer de l'oubli : c'est la description d'une aiguille-pince, dont l'auteur se servait pour pratiquer l'extraction de la cataracte secondaire ou membraneuse.

Cet instrument, si ingénieux pour le temps, et en beaucoup de points semblable à notre moderne serre-tête, fut inventé en 1755, par le directeur du collége de Barcelone, Laurent Roland, alors chirurgien aide-major de l'armée de mer à Cadix. Un hasard des plus heureux fit concevoir cette invention. Louis Godin, directeur de garde-marines résidant à Cadix, avait une cataracte

laiteuse très molle qu'il fallait opérer. Le moment arriva, et l'opérateur porta son aiguille dans la chambre postérieure de l'œil pour pratiquer l'abaissement ordinaire; mais, lorsque la capsule fut ouverte, un flot de liquide s'échappant de son intérieur, l'humeur aqueuse fut troublée d'une telle manière que l'opérateur, n'y voyant plus, fut obligé de retirer son instrument. Au bout de deux mois, le liquide s'était résorbé, mais la cristalloïde, opaque et tout à fait adhérente au pourtour de la pupille, empêchait la vision d'une manière absolue. Ce fut alors que, pour remédier à cet accident, notre opérateur imagina l'instrument avec lequel il devait bientôt faire jouir son heureux client des avantages d'une nouvelle opération. Cet instrument se compose d'un manche ordinaire portant une petite tige façonnée, très résistante; le sommet de cette tige est percé de deux petits trous, destinés à donner passage à une anse très forte de fil de soie, puis elle se continue avec le corps d'une aiguille qui, elle-même, présente un mécanisme fort simple et fort ingénieux à la fois. Cette aiguille, en effet, se compose de deux branches, l'une fixe, l'autre articulée, et qui, par leur rapprochement et leur juxta-position, n'en forment qu'une seule : l'articulation est disposée de telle manière que les deux branches tendent naturellement à se rapprocher; mais, en même temps, elle est munie d'un petit ressort auquel s'adapte le fil dont je viens de parler, et qui est destiné à le mettre en action pour produire l'écartement des branches de l'aiguille et la transformer en pince. L'instrument est introduit fermé dans l'œil comme l'aiguille à cataracte, mais alors l'opérateur, tirant sur l'anse de fil qu'il a passée dans son petit doigt, fait agir le ressort, et, les deux branches de l'aiguille s'écartant dans l'étendue d'une ligne et demie, il peut se servir de l'instrument comme d'une pince pour saisir les fausses membranes, n'ayant qu'à lâcher le fil pour que l'instrument se referme de lui-même : certes, ce petit appareil est loin de la perfection de nos instruments modernes, mais, tel qu'il est, il n'en est pas moins vrai qu'il en représente l'idée, et qu'il a pu en remplir les applications. Vous avez sous les yeux le dessin de cet instrument tel qu'il se trouve à la page 206 de l'ouvrage.



Antoine de Gimbernat a publié un petit travail sur les ulcères de la cornée, qui fut lu en 1800 devant la Société de Médecine de Paris, et imprimé à Ma-

drid en 1802. Ce savant chirurgien, qui admet pour la cornée une circulation blanche, divise les ulcères de cette membrane en superficiels et profonds. Il conseille, pour ceux qui présentent à leur surface de gros boutons charnus, de les toucher avec le crayon de nitrate d'argent, et puis avec le collyre de décoction de feuilles de myrthe, gomme arabique et alun; pour les plus profonds et qui donnent plus de suppuration, il dit se bien trouver de l'emploi du carbonate de potasse, à la dose de 5 à 75 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée.

Jean Naval publia aussi à Madrid, en 1796, un petit volume in-12, de 351 pages, divisé en trois traités: ophthalmie, goutte-sereine et cataracte. Ce livre ne vaut pas celui de Vidal; c'est une mauvaise compilation des idées régnantes en pathologie oculaire, avec une foule de remèdes pharmacologiques pour la guérison de ces maux, et pas un seul procédé opératoire, ce dont du reste l'auteur avertit dans sa préface.

En 1814, Mexia, chirurgien d'une grande réputation, et qui exerçait alors à Valladolid, fit paraître dans cette ville son *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, en deux volumes de 234 pages chacun. C'est un ouvrage au courant de la science de l'époque, riche en faits, qui donne une description passable des procédés opératoires les plus en usage pour pratiquer la pupille artificielle, l'abaissement et l'extraction de la cataracte, la fistule lacrymale, etc. Les questions les plus importantes de l'ophthalmologie sont très bien traitées par cet auteur, et la thérapeutique de ces maladies y est établie d'après les principes de la plus saine pratique. A la fin de cet ouvrage se trouve la description d'un remède empirique, encore très usité dans la Vieille-Castille, que le roi Charles III ordonna de rendre public en 1777, et que je vais succinctement rapporter pour son originalité : Son application exige un appareil instrumental et une pommade. Le premier se compose d'une lame métallique pesant dix onces, composée de huit parties de cuivre, deux de laiton, deux de plomb et une d'étain ; cette lame doit avoir de 25 à 30 centimètres de longueur sur deux de largeur, et présenter un de ses bords plus mince que l'autre. L'appareil se compose encore d'une tablette en bois de noyer qui porte sur une de ses faces deux rainures, pour pouvoir y frotter le bord le plus effilé de la lame métallique. La pommade se compose de quatre onces de suif de chevreau, trois gros de tutie et un gros et demi d'excréments de lézard. Lorsqu'on en fait usage, on prend gros comme un pois de la pommade que l'on met dans la rainure de la tablette, où on la broie avec la lame métallique, puis on applique celle-ci dans l'œil par son bord et cela pendant un instant.

Nous sommes redevables à quelques-uns de nos contemporains d'un certain nombre de travaux sur l'ophthalmologie, qui certainement présentent de l'intérêt, mais, dans l'impossibilité de les analyser tous, je n'en citerai que quelques-uns, parmi lesquels je dois d'abord signaler à l'attention du public médical celui de M. Ferdinand Weiler, sur l'ophthalmie militaire : en effet, ce médecin a publié un long et excellent mémoire sur cette maladie, dans lequel, avec une méthode et une clarté remarquables, il étudie toutes les questions importantes qui se rattachent à cette affreuse maladie, faisant preuve en outre d'une vaste érudition et de connaissances approfondies en oculistique; aussi, trouve-t-on dans son mémoire tout ce qu'on a écrit sur la matière, avec quelques aperçus nouveaux qui ne sont pas sans intérêt. Il me semble hors de doute, d'après ses recherches, que cette maladie fut observée dans l'armée espagnole d'une manière incontestable en 1827, bien que l'auteur soit porté à croire que l'armée anglaise, notre alliée, en souffrait déjà lors de la guerre de l'indépendance. M. le docteur Hysern a publié, en 1834, un travail fort bien

fait et digne d'être connu, sur la blépharoplastie temporo-faciale. Dans ce travail, l'anatomie des paupières, les procédés opératoires et les cas auxquels ils sont applicables sont étudiés et décrits avec soin et méthode. Enfin, M. Calvo a écrit sur le strabisme un mémoire qui n'a cependant pas popularisé cette opération parmi nous. Le même auteur a fait paraître, il y a quelques années, la première partie d'un *Traité des maladies des yeux*, qui embrasse l'anatomie de l'œil, quelques considérations sur la pathologie et la thérapeutique oculaires, et les maladies des paupières : je ne puis que regretter que M. Calvo ne continue pas ce travail. Je pourrais encore suivre cette énumération pour des travaux plus courts et moins intéressants, mais ceux que je viens de citer suffisent pour vous donner une idée de l'état de notre littérature, dans cette branche de l'art de guérir.

L'exposition des causes et de la fréquence des maladies oculaires chez nous n'est pas facile à faire; cependant, je vais m'efforcer de résumer en peu de mots tous les renseignements que j'ai pu me procurer à cet égard, en suppléant, par mon observation personnelle, au défaut de documents sur lesquels je voudrais pouvoir fonder mes conclusions, qu'on ne doit considérer que comme de simples aperçus; mais même telles qu'elles sont, je crois fermement qu'il est nécessaire de vous les faire connaître. Si la recherche des causes des diverses altérations de l'œil présente presque toujours de graves difficultés pour être précisées avec quelque exactitude, il va sans dire que l'appréciation de celles qui agissent le plus ordinairement parmi nous présentera au moins les mêmes difficultés : je n'entrerai donc pas dans de grands développements sur ce sujet, me contentant de signaler à votre attention quelques remarques sur les influences climatologiques et géographiques qui ont, à mon avis, le plus d'action sur l'entretien et la production des affections des yeux.

La configuration du sol de l'Espagne est très accidentée, tout le centre du pays est constitué par plusieurs grands plateaux très élevés au dessus du niveau de la mer, et entrecoupés par autant de chaînes de montagnes assez élevées. Chaque province de la péninsule offre des traits géographiques bien caractéristiques et distincts. Toute la côte du sud-est et du midi présente une végétation fort riche, qui en fait un des plus beaux pays du monde ; mais, dès qu'on pénètre dans l'intérieur des terres, dans la Manche et les Castilles, le tableau change et vous ne trouvez plus que de vastes plaines solitaires, sans abri et sans verdure. Chaque région géographique présente quelque chose d'original qui la différencie de toutes les autres : ici des vallés fertiles et fécondes, là des plaines nues, qui sont néanmoins les greniers de l'Espagne. Cela fait que les influences climatologiques sont aussi diverses que les lieux. A Madrid, la température change avec une grande facilité, et il n'est pas rare de voir, dans le courant d'une journée, le thermomètre présenter des variations de douze et dix-huit degrés centigrades; l'atmosphère est ordinairement calme, le ciel pur, la lumière très vive, les vents secs, le baromètre bas, et le défaut d'humidité des plus sensibles. La ville est bâtie sur une série de monticules qui appartiennent au terrain tertiaire ou miocène, qui est aussi celui de ses environs; les principaux éléments constitutifs de ce terrain sont le calcaire, le gypse et l'argile, avec quelques couches de sable : ses vallées sont d'érosion et assez larges. La rareté des pluies dans presque toutes les provinces du centre et du midi du royaume maintient sur le sol une poussière excessivement abondante qui, enlevée par les vents, est une cause puissante d'irritation pour les yeux. En Andalousie et en beaucoup d'autres provinces, presque toutes les maisons des villages sont badigeonnées à la chaux, ce qui fait refléter la lumière avec une grande intensité, circonstance que plusieurs observateurs re-

gardent comme une des causes qui prédisposent le plus aux maladies oculaires. Quant aux autres causes, elles sont à peu de chose près les mêmes que partout; seulement, je suis disposé à croire que quelques-unes d'entre elles agissent souvent avec plus d'intensité par des conditions purement locales.

Nous manquons d'éléments statistiques suffisants pour arriver à la détermination exacte de la fréquence absolue et relative des affections ophthalmiques; cependant, je suis parvenu, non sans efforts, à réunir certaines données dont l'examen va me servir pour donner un aperçu de cette fréquence. Mes recherches ont commencé par l'armée, et voici les résultats auxquels je suis arrivé. Le nombre d'individus de l'armée traités dans les hôpitaux militaires du royaume, dans une période de cinq ans, depuis le commencement de 1852 jusqu'à la fin de 1856, s'élève à 20,316 individus ainsi répartis :

				MORTS.	TOTAUX.
Existants à la fin de 1851.	537	Sortis en 1852. .	4,970	3	4,973
Entrés en 1852.	4,946	— 1853. .	4,483	3	4,486
— 1853.	4,345	— 1854. .	3,575	3	3,578
— 1854.	3,403	— 1855. .	2,795	1	2,796
— 1855.	2,850	— 1856. .	4,081	2	4,083
— 1856.	4,235	Exist. à la fin de 1856.			400
Total. . .	20,316	Total. .	19,904	12	20,316

Les congédiés du service pour cause d'inutilité figurent dans ce tableau.

Malgré toutes mes démarches, il m'a été impossible d'obtenir le chiffre exact de l'armée pendant ce laps de temps, ce qui, du reste, ne doit pas étonner, si l'on tient compte des variations nombreuses que l'armée subit journellement par les décès naturels, les nouveaux conscrits qui sans cesse l'augmentent et les renvois définitifs de ceux qui ont fini leur service, et enfin les congés temporaires. Je possède seulement le total porté au budget pendant chacune de ces cinq années; mais, en tenant compte des observations et renseignements des personnes compétentes que j'ai consultées à cet égard, je crois que je suis arrivé, à peu de chose près, à la connaissance exacte de la force réelle ou la plus probable de l'armée sur laquelle je vais fonder mes calculs. Or, comme j'ai plutôt augmenté que diminué le chiffre de cette force, la moyenne p. c. à laquelle j'arrive ne doit pas être taxée d'exagération. Voici la force inscrite au budjet et la force probable calculée :

FORCE INSCRITE AU BUDGET.		FORCE PROBABLE CALCULÉE.	
En 1852.	99,332	En 1852.	86,916
En 1853.	93,075	En 1853.	81,566
En 1854.	92,299	En 1854.	70,000
En 1855.	80,307	En 1855.	68,855
En 1856.	79,937	En 1856.	69,945

Ce qui donne une moyenne de malades ophthalmiques par an, ainsi qu'il suit : en 1852 de 5,7 p. c., en 1853 de 5,3, en 1854 de 4,8, en 1855 de 4,1, et en 1856 de 6,0. J'ai aussi cherché le nombre d'individus qui ont été renvoyés du service militaire pendant cette période de cinq ans pour cause de maladies oculaires, et après avoir consulté pour cela plusieurs documents, voici le chiffre que j'ai trouvé. Il s'élève à 2,069, ce qui donne une moyenne de 10,3 p. c. sur

›s 20,516 ophthalmiques soignés pendant les cinq ans. Ce nombre, assez con-idérable, dit mieux que tous les raisonnements ce qu'on doit penser de la ravité de ces maux. Dans le tableau n° 1 (p. 595) ci-joint, on trouvera le nombre t la désignation des maladies telles qu'elles se trouvaient indiquées dans les ocuments où je les ai recueillis. Les districts militaires de Cuba et Puerto-Rico ıe sont pas compris dans ce tableau, ce qui explique la différence en moins de :07 individus qui ont été congédiés dans ces deux îles. Le tableau n° 2 fait oir le nombre complet des renvoyés pour toutes sortes de maladies dans les livers districts militaires; et le tableau n° 5 le chiffre de ceux dont l'affection, ·ause de l'incapacité de service, siégeait dans l'œil. De la comparaison des ta-bleaux n° 2 et 5, on déduit que les maladies ordinaires chez le soldat ont mo-ivé le congé de 5,580 individus, et les affections oculaires celui de 1,862; ce qui donne la proportion de 1 pour 2,99. L'incapacité pour cause d'ophthalmie se rencontre pour l'armée de la Nouvelle-Castille dans la proportion de 1 pour 4,5, tandis qu'en Catalogne elle se trouve être de 1 pour 1,7 : en Grenade le 1 pour 2,2, et à Valence de 1 pour 2,7, etc. Dans le tableau n° 4, je résume es cas de cécité complète, de perte de l'œil droit, de perte de l'œil gauche, et le vue fortement endommagée qui ont causé ces réformes. On sera peut-être frappé de l'énorme différence qui existe entre la perte de l'œil droit et celle de l'œil gauche; mais je dois dire, pour la meilleure intelligence des tableaux n° 1 et 4, que cette différence est fictive, parce que les médecins militaires, en dé-livrant les feuilles de congé définitif attachent plus d'importance à l'état de l'œil droit qu'à celui du gauche, et conséquemment négligent souvent dans leurs certificats d'indiquer les altérations de ce dernier. A vrai dire, dans ces certificats, les médecins militaires s'attachent généralement à faire ressortir les résultats définitifs de la maladie, bien plus qu'à préciser l'affection primitive qui a dû déterminer ces mêmes résultats; or, ils ont dû être produits le plus souvent par l'ophthalmie purulente et militaire, dont ils viennent nous dé-montrer la fréquence et la gravité, dans notre armée comme dans beaucoup d'autres.

Ainsi donc, l'ophthalmie militaire doit être très commune chez nos soldats, mais le défaut de documents statistiques ne me permet pas d'en fixer la fré-quence. Néanmoins, à la fin du mémoire de M. Ferdinand Weiler sur cette ophthalmie, se trouve un tableau démonstratif du nombre de malades, appar-tenant seulement à deux régiments, qui ont été traités de cette maladie à l'hô-pital militaire de Grenade, depuis le 19 février jusqu'au 31 août 1850, et ce nombre s'élève à 404. A l'hôpital militaire de Madrid, il s'est présenté, dans l'espace de trois mois de cette année, 219 malades, dont plus de 100 avec in-flammation de la muqueuse oculo-palpébrale, et 65 d'ophthalmie militaire : Dans ce même hôpital, dans les six derniers mois de 1856, ont été traités 407 ophthalmiques, parmi lesquels 348 sont sortis de l'infirmerie tout à fait guéris ou dans le meilleur état possible de guérison, 25 renvoyés comme réfor-més, et 59 restant en traitement au bout de l'année. Tous les faits que je viens d'exposer mettent hors de doute la fréquence et la gravité des maladies des yeux dans notre armée ; ils ne sont pas aussi concluants qu'il serait à désirer, mais ils suffisent, il me semble, pour remplir le but que je me suis proposé. Outre les causes générales qui agissent chez le soldat pour développer et en-tretenir des ophthalmies, et dont la connaissance vous est familière, je dois signaler chez nous comme raisons puissantes de leur plus grande fréquence, les mauvaises conditions hygiéniques des casernes, et la permanence regret-table de beaucoup de malades aux casernes mêmes, en rapport constant avec leurs camarades.

Les affections oculaires sont aussi très communes dans les autres classes mais la fixation de leur fréquence relative est presque impossible ; il me semble cependant que les contrées du midi et du sud-est en sont plus affectées que celles du nord et de l'ouest. A Madrid, les maladies ophthalmiques sont loin d'être rares. A l'hôpital général, depuis le premier juillet 185 jusqu'au 31 décembre 1856, soit dans l'espace de dix-huit mois, on a reçu 17,198 malades, dont 1,100 de maladies oculaires, ce qui donne une proportion de 4 p. c.; ce chiffre n'est pas exagéré, mais il faut tenir compte de ce que beaucoup des malades de ce genre sont soignés dans les consultations particulières. A l'hospice où l'on recueille les orphelins, les maladies des yeux sont assez communes parmi les enfants qu'on entasse à l'école.

Parmi les causes qui donnent lieu dans cet asile aux ophthalmies, la scrofule l'encombrement, *le lavage en commun* et la misère jouent, à mon avis, le principal rôle; il paraît cependant qu'un nombre assez considérable d'ophthalmies se développent en vertu de la mauvaise habitude des enfants, qui, pour échapper à la fréquentation de l'école et rester à l'infirmerie, s'introduisent dans les yeux des substances irritantes.

La cécité chez nous doit frapper bien des gens, puisque malgré les hospices et les maisons de bienfaisance qui accueillent les malheureux aveugles, on en trouve partout et en grand nombre dans les grandes et les petites villes. Nous ne possédons pas de recensement officiel, et nous ignorons par conséquent le chiffre véritable des aveugles; mais, malgré cela, je puis assurer que la cécité variolique est de plus en plus rare, tandis que l'ophthalmique et l'amaurotique sont très communes. Cela dépend, suivant moi, de certaines conditions de localité, car, à Madrid par exemple, j'ai eu souvent l'occasion d'observer la gravité déplorable de certaines maladies qui, soit à cause du climat, soit par des raisons inconnues, font des ravages à peine croyables en très peu de temps J'ai vu nombre de fois des scléro-choroïdites, des ophthalmies catarrhales et purulentes aiguës, des kératites graves arriver, dans l'espace de quelques jours, à la désorganisation des membranes de l'œil avec une rapidité que je n'a remarquée nulle autre part. L'ophthalmie granuleuse est d'une chronicité désespérante, et elle prend la forme purulente et inflammatoire avec une grande facilité: dans ces cas, il faut presque toujours revenir aux émissions sanguines locales pour pouvoir la vaincre avec promptitude et sûreté. Cette ophthalmie se rencontre assez en Castille ; mais elle me semble bien plus fréquente, d'après mes renseignements, dans la Catalogne, en Valence, en Andalousie et dans les îles Baléares. Les maladies qui, plus que toutes les autres, causent le désespoir des jeunes praticiens sont sans contredit la goutte sereine et la scléro-choroïdite chronique; cette dernière en particulier se rencontre souvent chez la femme On observe aussi fréquemment les amblyopies à forme congestive. La cataracte ne manque pas, mais je suis loin de penser qu'elle présente une proportion très considérable; c'est du reste une appréciation qui n'est pas rigoureusement fondée sur les faits, et qui se trouve contestée par d'autres observations. Les conjonctivites catarrhales et puro-muqueuses sont excessivement communes, ce qui tient, selon toute probabilité, aux changements brusques de la température. Les ophthalmies purulentes sévissent comme partout avec une affreuse gravité ; ainsi trouve-t-on beaucoup d'aveugles avec atrophie des yeux ou destruction générale des cornées. La diathèse scrofuleuse joue un rôle qui n'est pas en rapport avec le climat; ainsi rencontre-t-on à chaque instant les affections de la cornée chez les enfants. Les blépharites simples chroniques et les glandulo-ciliaires doivent se ranger parmi les maladies les plus fréquentes, ce qui est dû sans doute à l'action accumulée de

plusieurs causes irritantes. La tumeur et la fistule lacrymales (appelé *bija* en espagnol) sont très communes et s'observent bien plus souvent chez la femme que chez l'homme. Dans certains endroits, on observe des ophthalmies dues, à ce qu'il paraît, à des causes locales : ainsi à Clevillente et dans quelques autres villages de la province d'Alicante, l'industrie des *esteras* (tissu fait avec le *stirpa tenacissima* de Linné) détermine, à ce qu'on m'a dit, une maladie très fréquente dans cette contrée. Je ferai la même remarque pour l'ophthalmie d'Albatera, dans la même province, dont la cause est, pour M. Serapio Escolar, qui l'a décrite dans les *Annales d'oculistique*, la poussière extrêmement abondante du figuier.

Je vous l'ai déjà dit, Messieurs, en Espagne, les établissements destinés au traitement des maladies oculaires ne sont pas nombreux; l'administration, faute de ressources, et pour beaucoup d'autres raisons, a toujours négligé cette partie de l'assistance publique. Cependant ce reproche, et j'ai une vive satisfaction à le proclamer, ne peut s'adresser aux hôpitaux militaires : dans ceux-ci, grâce aux soins éclairés de la Direction de santé de l'armée, on trouve presque partout une salle au moins destinée exclusivement aux affections des yeux, et c'est là une pratique digne de louange, qu'on est en droit de regretter de ne pas voir imiter par les administrations des hôpitaux civils, non-seulement de Madrid, mais encore de toutes les grandes villes du pays. Or, il est résulté de cet état de choses, que les quelques praticiens qui s'occupent plus spécialement chez nous du traitement des maladies des yeux, mus par leur zèle et leur philanthropie, ont dû chercher à suppléer à ce manque de secours pour les pauvres attaqués de cette classe d'affections, en créant spontanément et par leurs seuls efforts des consultations ou dispensaires gratuits.

Le premier établissement de ce genre en Espagne fut fondé, à ma connaissance, à Cadix, ville où l'ophthalmologie ne fut jamais dédaignée, et eut pour instituteurs MM. Antoine Espagna et Serafin Sola, qui établirent en effet, dès 1856, dans cette ville, un dispensaire exclusivement destiné au traitement des maladies oculaires et aux opérations qu'elles peuvent réclamer. Cet établissement existe encore sous la direction de M. Joseph Zurita. A Séville, M. Raphaël Laso possède un cabinet où les malades attaqués d'affections des yeux se rendent en foule.

La ville de Valence possède deux oculistes de mérite, M. François Armet et M. Salvador Navarra; le premier, agrégé à la Faculté de médecine de cette ville, est un praticien très au courant des progrès et de l'état de la science; le second possède un cabinet chez lui où il admet un grand nombre de malades pauvres. A Barcelone, M. Joaquin Soler, jeune encore, mais plein de zèle et de l'amour de la science, a également ouvert un cabinet chez lui où il reçoit une foule de pauvres malades. Enfin, à Madrid, outre les quelques établissements publics dont j'ai déjà eu l'honneur de vous entretenir, nous possédons également quelques cabinets particuliers où les malades pauvres sont accueillis avec une charité et un zèle dignes réellement des plus grands éloges, et parmi ceux-ci, je dois surtout signaler celui de M. Nadal May comme le plus fréquenté, puisque ce praticien dévoué ne reçoit pas moins de 1,200 malades par an à sa consultation gratuite.

Mais, Messieurs, comme vous le comprendrez, tous ces établissements, malgré le zèle et les lumières de ceux qui s'y sont dévoués, ne peuvent suppléer les dispensaires et services réguliers qui devraient se rencontrer dans nos hôpitaux. En effet, ne possédant ni salles, ni lits à procurer à leurs pauvres malades, il devient presque impossible de pratiquer dans ces établissements particuliers les grandes opérations. Pour ceux qui portent des affections

graves, les visites ne peuvent pas être assez fréquentes; enfin, il faut ajouter cet inconvénient, encore bien plus sérieux, que la plupart des pauvres se trouvant dans l'impossibilité d'acheter les médicaments que prescrit le médecin, les consultations et les conseils de celui-ci restent fatalement sans résultats.

Depuis longtemps, Messieurs, ces inconvénients et les moyens d'y remédier faisaient l'objet de mes pensées, lorsque, depuis peu, grâce à la charité inépuisable et au zèle éclairé de l'Association des dames nobles de Madrid, j'ai été assez heureux et assez favorisé pour me voir appeler à être un des premiers qui travailleront à introduire chez nous une amélioration si désirable. Avec le concours charitable de ces dames, j'ai pu ouvrir à Madrid, il n'y a encore que quatre mois, un véritable dispensaire pour les maladies des yeux; cet établissement a été annexé à la maison de Miséricorde de Sainte-Isabelle, où ces dames recueillent plus de 500 enfants pauvres sous la direction des admirables sœurs de Saint-Vincent de Paul, et où elles ont établi en outre une crèche-modèle, des écoles et des ateliers de couture. Bien que ce dispensaire ne compte encore que quatre mois d'existence, comme je viens d'avoir l'honneur de vous le dire, j'ai été à même d'y soigner déjà plus de 250 malades; et, comme la maison possède une magnifique pharmacie où se distribuent gratuitement les médicaments prescrits à la consultation, et qu'enfin une salle a été disposée avec un nombre suffisant de lits pour recevoir les opérés, je crois fermement que cet établissement est appelé à rendre les plus grands services au pays et à remplir une véritable lacune déplorable dans l'assistance publique à Madrid. Aussi, ne puis-je m'empêcher de le répéter : c'est pour moi un véritable bonheur de m'être vu appelé à coopérer à l'admirable pensée de l'Association de ces dames.

Avant de terminer, Messieurs, qu'il me soit permis de vous remercier de l'indulgence avec laquelle vous avez bien voulu écouter cette communication, et de vous répéter encore, que si je me suis trompé dans mes appréciations des hommes et des choses, j'ai au moins la conscience de ne m'être laissé guider que par le désir d'être juste et véridique.

Tableau n° 1. — *Indiquant les maladies qui ont causé la réforme des individus dans l'armée.*

GENRE DE MALADIES.	ANNÉES					
	1852.	1853.	1854.	1855.	1856.	Totaux.
Double ophthalmie chronique	54	60	29	21	20	184
Ophthalmie chronique de l'œil droit	2	6	5	8	1	22
Ophthalmie scrofuleuse chronique	2	3	1	»	»	6
Ophthalmie syphilitique	5	2	6	2	4	19
Double kératite chronique	12	20	15	13	10	70
Kératite chronique de l'œil droit	6	7	7	3	1	24
Double kérato-conjonctivite chronique	8	12	13	1	4	38
Kérato-conjonctivite chronique de l'œil droit	1	1	10	1	»	13
Blépharite chronique	2	2	4	1	5	14
Ulcères des cornées	14	22	23	4	11	74
Opacité des deux cornées	81	66	65	35	52	299
Opacité de la cornée droite	56	58	68	32	63	277
Opacité de la cornée gauche	»	10	64	20	36	130
Opacité des deux cornées par ophthalmie purulente	5	1	2	2	1	11
Staphylôme des deux cornées	8	4	3	1	7	23
Staphylôme de la cornée droite	22	12	19	15	25	93
Granulations et taches consécutives des cornées	3	8	6	2	21	40
Perte des deux yeux par ophthalmie purulente	8	4	»	»	»	12
Perte de l'œil droit par ophthalmie purulente	10	8	2	3	2	25
Perte de l'œil gauche par ophthalmie purulente	»	4	»	»	»	4
Perte des deux yeux par ophthalmie blennorrhagique	4	»	2	4	2	12
Perte de l'œil droit par ophthalmie blennorrhagique	6	4	4	11	4	29
Perte de l'œil gauche par ophthalmie blennorrhagique	»	»	1	5	2	8
Perte des deux yeux sans désignation de la maladie	10	7	4	4	7	32
Perte de l'œil droit sans désignation de la maladie	35	19	13	16	27	110
Perte de l'œil gauche sans désignation de la maladie	12	13	15	10	16	66
Héméralopie	7	2	2	4	3	18
Nyctalopie	»	»	»	»	1	1
Amblyopie	1	1	»	2	1	5
Amaurose	9	3	3	2	4	21
Choroïdite	2	4	»	»	»	6
Myopie	10	9	6	2	5	32
Glaucôme	7	1	2	»	4	14
Cataracte commençante ou confirmée	10	8	5	6	14	43
Iritis syphilitique chronique	»	10	13	7	9	39
Fistule ou tumeur lacrymale	»	6	3	4	5	18
Cécité variolique	1	»	»	1	»	2
Perte de l'œil gauche par variole	»	»	»	»	2	2
Perte de l'œil droit par cause traumatique	3	»	»	1	2	6
Perte de l'œil gauche par cause traumatique	»	»	»	1	»	1
Perte des deux yeux par brûlure	1	»	»	»	»	1
Pterygion empêchant la vision	»	1	3	»	1	5
Diverses maladies	2	6	3	»	2	13
Totaux	419	404	421	244	374	1,862

Tableau n° 2. — *Renvoyés du service pour toutes sortes de maladies.*

DISTRICTS MILITAIRES.	ANNÉES					
	1852.	1853.	1854.	1855.	1856.	Totaux.
La Nouvelle-Castille	475	475	454	378	335	2,115
Catalogne	235	261	277	174	285	1,232
Andalousie	258	234	134	105	150	881
Valence	164	113	105	88	110	580
Galicie	116	53	115	45	55	380
Aragon	65	88	96	86	77	412
Grenade	58	13	66	39	109	265
La Vieille-Castille	228	89	20	20	38	595
Estramadure	34	90	23	17	22	186
Navarre	30	36	45	25	40	176
Burgos	54	70	35	13	29	205
Provinces Basques	17	40	66	37	21	181
Iles Baléares	69	78	122	31	30	330
Iles Canaries	32	26	23	10	15	106
TOTAUX	1,813	1,666	1,570	1,068	1,316	7,442

Tableau n° 3. — *Réformes du service militaire causées par les maladies oculaires.*

DISTRICTS MILITAIRES.	ANNÉES					
	1852.	1853.	1854.	1855.	1856.	Totaux.
La Nouvelle-Castille	62	88	81	71	81	383
Catalogne	53	79	143	50	116	443
Andalousie	47	44	22	29	40	182
Valence	46	34	22	22	31	155
Galicie	48	12	28	13	13	114
Aragon	21	31	28	20	21	121
Grenade	20	4	22	11	25	82
La Vieille-Castille	50	17	3	5	8	81
Estramadure	10	18	4	3	7	42
Navarre	10	14	12	3	10	49
Burgos	21	18	2	6	6	53
Provinces Basques	6	13	9	4	4	36
Iles Baléares	15	25	39	9	11	99
Iles Canaries	8	7	6	»	1	22
TOTAUX	419	404	421	244	374	1,862

Tableau n° 4. — *État de la vision.*

ÉTAT DE LA VISION.	ANNÉES					
	1852.	1853.	1854.	1855.	1856.	Totaux.
Cécité complète	64	65	34	26	50	239
Perte de l'œil droit	122	93	104	76	96	491
Perte de l'œil gauche	16	23	69	32	47	187
Vue endommagée	217	223	214	110	181	945
						1,862

DE L'OPHTHALMOLOGIE EN GRÈCE ET EN ÉGYPTE.

PAR LE DOCTEUR ANAGNOSTAKIS, D'ATHÈNES.

(*Notice lue en Comité général, les* 13 *et* 14 *septembre.*)

Au milieu d'une assemblée où mon regard rencontre tant de célébrités scientifiques, j'aurais dû sans doute me borner à recueillir les sages opinions qui seront développées pour les porter au sein du corps médical de la Grèce dont j'ai l'honneur de faire partie ; mais l'intérêt qui me semble devoir s'attacher à la connaissance de l'état de l'oculistique dans un pays qui fut le berceau de la science me détermine à sortir d'une réserve dont j'aurais peut-être mieux fait de ne me point départir, et, cédant à l'appel de mon honorable ami, M. le Secrétaire général du Congrès, je me permets de venir faire devant vous un *exposé sommaire* de l'état de l'ophthalmologie en Grèce et en Égypte.

Une autre circonstance m'engage à prendre ici la parole : l'année dernière, le gouvernement hellénique m'a chargé de faire un voyage scientifique en Égypte, dans le but d'y étudier les causes des ophthalmies régnantes du pays. Un séjour de quatre mois m'a offert l'occasion d'arriver à quelques résultats, incomplets encore, je l'avoue, mais qu'il ne sera peut-être pas inutile d'exposer devant cette honorable assemblée, puisqu'ils se rattachent étroitement à quelques-unes des principales questions dont elle va bientôt aborder l'examen.

Cette circonstance me paraît d'autant plus favorable, que l'étude de la nature et des causes des maladies devient beaucoup plus facile et plus sûre par la comparaison de leur fréquence et de leur développement dans plusieurs pays différents.

Je traiterai donc conjointement *de la fréquence et des causes* des maladies oculaires les plus communes en Grèce, et de celles qui règnent en Égypte ; et, laissant en dehors toute discussion théorique, je tâcherai d'exposer sincèrement et en peu de mots ce que ma faible expérience m'a permis d'observer.

Je diviserai cette esquisse en quatre parties :

Dans la première, je traiterai des ophthalmies externes;

Dans la seconde, des ophthalmies internes, et incidemment de la *cataracte* et de l'*amaurose*.

Dans la troisième, je m'arrêterai un instant sur quelques particularités relatives aux maladies des organes accessoires de l'œil.

Enfin, dans une quatrième partie, je signalerai les points les plus importants de l'état professionnel de l'ophthalmologie dans ces deux pays, au point de vue des hôpitaux, de l'enseignement et de l'exercice ophthalmiatrique, etc.

I. — OPHTHALMIES EXTERNES.

FRÉQUENCE, CARACTÈRES ET CAUSES DES OPHTHALMIES EXTERNES.

A. *En Grèce.*

Les ophthalmies externes les plus fréquentes en Grèce sont la *conjonctivite catarrhale* et la *kératite phlycténulaire*.

Les inflammations de la conjonctive présentent ordinairement en Grèce le

caractère catarrhal; elles sont dues le plus souvent aux changements brusques de température, si fréquents sur le sol inégal de ce pays. Quelquefois elles éclatent d'une manière épidémique, et alors elles coïncident d'ordinaire avec d'autres affections catarrhales, telles que l'angine, le catarrhe nasal, ou l'inflammation subaiguë de la muqueuse bronchique. Elles atteignent indistinctement toutes les classes de la société. Elles suivent généralement une marche bénigne, éclatent à la suite du passage brusque du chaud au froid, guérissent souvent d'elles-mêmes, ou bien cèdent à un traitement peu énergique. Elles ont une tendance prononcée à la formation de phlyctènes, dont le contenu s'absorbe ou bien s'écoule, ou laisse à sa place une altération superficielle, qui se cicatrise en quelques jours. Quelquefois elles présentent des exacerbations notables, mais j'ai toujours remarqué que, lorsqu'elles sont primitivement catarrhales, elles ne revêtent point le caractère purulent.

Par contre, lorsqu'elles sont négligées, ces ophthalmies donnent souvent naissance à des granulations palpébrales, et c'est à cette cause que l'on doit attribuer une grande partie des granulations que l'on remarque chez nous.

L'ophthalmie purulente aiguë se rencontre rarement en Grèce; même chez les enfants nouveau-nés, elle est peu fréquente, et encore est-elle chez eux d'une faible intensité.

La proportion des ophthalmies externes chez les soldats n'est pas moins satisfaisante; ainsi, par exemple, parmi 3,222 malades, traités en 1855 dans l'hôpital militaire d'Athènes, il n'y avait que 37 cas de conjonctivite catarrhale et 42 de granulations palpébrales; et pourtant nos soldats ne sont pas exempts des causes morbifiques que l'on avait accusées de la fréquence de l'ophthalmie militaire en Belgique, telles que les cols serrés, le shako trop lourd, le casernement étroit, la communauté des effets de lavage, etc.

Cependant il y eut une époque où l'ophthalmie purulente fit des ravages dans ce beau pays; ce fut pendant les dernières années de la guerre pour l'indépendance, lorsque les armées égyptiennes envahirent la Grèce; mais, malgré une si large importation, cette épidémie, allumée pendant quelque temps dans la Grèce, et principalement dans le Péloponèse, finit bientôt par s'éteindre, et l'on ne voit plus que çà et là, comme trace de la marche de ce fléau, quelques individus, survivants de cette époque éloignée, portant des leucômes avec ou sans synéchie, ou bien quelques cas d'atrophie du globe oculaire.

C'est principalement dans l'Institut des enfants orphelins, que le président Capo d'Istria avait établi dans l'île d'Egine, et où il avait rassemblé tous les orphelins grecs délivrés des mains des Égyptiens, que l'ophthalmie purulente sévit avec une terrible violence, et l'on voit encore des élèves de ce collége porteurs de traces non équivoques de cette maladie. Mais, avec la dissolution de cet institut et la dispersion de ses élèves, la maladie a presque entièrement disparu.

Ce n'est cependant pas à cette seule cause qu'est due l'existence des granulations en Grèce; elles existaient dans ce pays bien avant la révolution; on les observe encore dans quelques localités, où une pareille origine serait fort invraisemblable, et si l'on remonte aux écrits des anciens médecins grecs, il n'est pas permis de douter qu'elles existassent en Grèce dans l'antiquité.

Quoi qu'il en soit, les granulations sont loin d'être en Grèce aussi funestes qu'elles le sont en Égypte; elles ne donnent ordinairement lieu qu'à une supersécrétion muqueuse, et si, par une cause accidentelle, la conjonctive est prise d'inflammation aiguë, il est rare que celle-ci revête le caractère purulent. En général, le pannus qu'elles occasionnent n'est pas en rapport avec leur date, leur forme, leur dimension ou leur consistance. On voit souvent des

granulations énormes et très dures exister pendant fort longtemps sans produire le pannus, et par contre, un pannus très étendu suivre de près des granulations à peine perceptibles à un œil peu exercé. Cela prouverait, me semble-t-il, que le développement du pannus est, moins souvent qu'on ne le pense, l'effet de la seule action mécanique des granulations sur la cornée, comme on aime à le croire; peut-être est-il plutôt une propagation de l'inflammation de la conjonctive des paupières à celle de la cornée.

Les granulations *vésiculeuses* (trachôme des Allemands) sont relativement assez fréquentes en Grèce; mais, ce qu'il y a de remarquable, c'est que presque toujours je les ai observées chez des individus qui souffraient, ou qui avaient déjà souffert de l'ophthalmie phlycténulaire, et ces malades n'étaient, pour la plupart, rien moins que scrofuleux. Existe-t-il quelque liaison intime entre cette forme de granulations et l'ophthalmie dite scrofuleuse? C'est là une question qui ne me paraît point dépourvue d'intérêt.

La kératite phlycténulaire est une des maladies oculaires les plus répandues en Grèce; mais cette fréquence de l'ophthalmie dite *scrofuleuse* est loin de dépendre du vice scrofuleux. Malgré les nombreuses recherches que j'ai l'occasion de faire tous les jours, je n'ai pu découvrir, dans la grande majorité des cas, aucune manifestation pathognomonique de la cachexie scrofuleuse; il y a plus, j'ai vu très souvent cette ophthalmie attaquer des individus bruns et secs, chez lesquels il n'y avait pas le moindre soupçon d'un tempérament lymphatique.

En général, la cachexie scrofuleuse est rare en Grèce, du moins dans l'Attique; cette immunité doit être attribuée à la chaleur sèche qui caractérise le climat de ce pays. On voit tous les jours des individus affectés de scrofules guérir radicalement par un séjour plus ou moins prolongé dans la ville d'Athènes, ou bien y éprouver une amélioration remarquable. Sous ce point de vue, le climat de la Grèce mérite une attention particulière; il pourrait servir de refuge aux malades atteints de cachexie scrofuleuse rebelle à tout traitement médicamenteux, malades que l'on rencontre si fréquemment dans quelques pays septentrionaux de l'Europe.

L'ophthalmie scrofuleuse atteint en Grèce indistinctement tous les tempéraments et toutes les constitutions; néanmoins, on ne saurait nier qu'elle est plus fréquente et plus opiniâtre chez les sujets lymphatiques, ou chez ceux qui sont débilités par l'action de quelque cause générale. Mais ce qui, à coup sûr, favorise le plus le développement de cette maladie, c'est l'humidité froide et la privation du soleil. Cette cause a une si grande influence, qu'il suffit toujours de faire loger le malade dans une maison sèche, bien exposée au soleil du midi, pour voir la maladie décliner et guérir spontanément. Socrate connaissait déjà l'influence salutaire du soleil, lorsqu'il conseillait à ses disciples de loger dans des maisons exposées au midi.

L'ophthalmie scrofuleuse est loin d'être en Grèce le partage exclusif du bas peuple; au contraire, je l'ai vue plus souvent éclater chez les riches qui, par les habitudes d'une civilisation trop raffinée, jouissent moins libéralement du grand air et des rayons du soleil. Du reste, sous le rapport des conditions sociales, la Grèce est un des pays les plus heureux, puisqu'il n'y existe pas cette énorme inégalité de fortune qui, dans d'autres pays de l'Europe, divise les habitants en gens extrêmement riches et en gens absolument pauvres.

Relativement au traitement, j'ai déjà dit que la soustraction des causes suffit pour guérir cette ophthalmie. Cependant je dois ajouter que, chez les individus faibles et lymphatiques, je me trouve très bien des toniques, et surtout des préparations de quinquina pour en abréger la durée.

B. — *En Égypte.*

Deux espèces d'ophthalmies règnent en Égypte et y font tous les jours un nombre effrayant de victimes : ce sont l'*ophthalmie purulente* et l'*ophthalmie varioleuse*.

Bon nombre des aveugles du Caire doivent leur cécité à la petite vérole, maladie qui règne sans interruption en Égypte, et qui donne lieu de temps en temps à des épidémies meurtrières. La vaccination, que l'on a introduite depuis quelques années dans ce pays, donne à espérer que ces cas ne seront plus à l'avenir aussi fréquents ni aussi funestes.

Je ne m'arrêterai pas sur la nature et la marche de l'ophthalmie dite d'Égypte, maladie qui a été dans ces derniers temps étudiée avec le plus grand soin par tant d'ophthalmologistes distingués ; c'est que, quant à sa nature et à sa marche, l'ophthalmie d'Égypte est tout à fait identique avec l'ophthalmie dite *militaire*. Je me bornerai donc à noter quelques particularités relatives à la fréquence de cette ophthalmie en Égypte, et je passerai rapidement à l'étiologie, me réservant de faire plus tard, si le temps me le permet, une étude plus longue et plus détaillée de cette intéressante affection.

Il résulte des relations que l'on a publiées sur ce sujet, ainsi que des renseignements verbaux que j'ai puisés dans le pays même, que l'ophthalmie purulente est aujourd'hui beaucoup moins fréquente et moins funeste qu'elle ne l'était il y a quelques années. Cette diminution est si manifeste, qu'un des médecins les plus haut placés de l'Égypte m'a émis cette étrange assertion qu'il n'a jamais vu l'ophthalmie d'Égypte.

Loin de partager l'idée de cet honorable collègue, que dément l'expérience journalière, je ne puis attribuer l'amélioration actuelle qu'à celle des conditions hygiéniques générales et individuelles.

Quoi qu'il en soit, l'ophthalmie d'Égypte est en ce moment beaucoup plus commune chez les indigènes que chez les étrangers, plus fréquente chez les enfants que chez les adultes, chez les hommes que chez les femmes, chez les habitants des villes que chez ceux de la campagne, chez les pauvres que chez les riches, chez les gens de travail que chez les oisifs.

Elle règne d'une manière sporadique pendant toute l'année, mais elle éclate épidémiquement vers les mois d'août, de septembre et d'octobre, c'est-à-dire à l'époque de l'inondation du Nil, alors que l'atmosphère est chargée de vapeurs, et qu'avec une chaleur étouffante se combine une grande humidité. Mais ces épidémies d'ophthalmies purulentes ne coïncident pas avec des épidémies catarrhales de l'appareil respiratoire ; ces dernières maladies sont au contraire rares en Égypte.

Chose remarquable, cette ophthalmie est beaucoup moins fréquente dans l'armée que dans le civil. Ainsi, dans l'hôpital militaire du Caire, que je viens de visiter pour la seconde fois le mois passé, il n'y avait que vingt-cinq ophthalmiques, malades ou convalescents, dont une bonne partie n'appartenaient point à l'armée ; dans l'hôpital militaire d'Alexandrie, je n'ai vu l'année passée, vers la même saison, que vingt et un malades, la plupart granulés ou convalescents.

Le nombre des granulés de l'Égypte est quelque chose d'effrayant : sur six Égyptiens natifs (*fellachs*), à peine en trouve-t-on deux dont les conjonctives ne soient pas hérissées de granulations ; dans les classes aisées, la proportion des granulés est de un sur deux.

Une remarque que je ne crois pas devoir passer sous silence, c'est que les granulations *vésiculeuses* y sont extrêmement rares ; du moins, parmi un

nombre considérable de granulés que j'ai visités au Caire, n'en ai-je pas observé un seul cas.

Les scrofules ne jouent le moindre rôle ni dans la production, ni dans l'exaltation, ni dans la récidive de l'ophthalmie d'Égypte. C'est une dyscrasie extrêmement rare parmi ce peuple brun, sec, aux yeux noirs et excavés, chez lequel le système lymphatique est loin de prédominer. On ne le voit que chez les nègres, qui ont grand'peine à s'acclimater en Égypte, et dont la plupart y meurent de phthisie pulmonaire. Or, l'ophthalmie purulente est beaucoup moins fréquente chez les nègres que chez les natifs du pays; peut-être la vie isolée et soignée, et la propreté de ces gens, dont la plupart sont des eunuques de grands seigneurs, est-elle pour beaucoup dans cette immunité.

Je me suis convaincu par des recherches soignées que la blennorrhagie urétrale ne joue aucun rôle dans la production de l'ophthalmie d'Égypte, ce qui contredit l'opinion de ceux qui considèrent cette ophthalmie comme provenant toujours de la blennorrhagie urétrale. Parmi un grand nombre de malades soumis à mon examen, aucun ne devait sa maladie à une urétrite, puisqu'aucun ne souffrait ou n'avait récemment souffert de cette inflammation. Du reste, la blennorrhagie urétrale est beaucoup plus rare chez les *fellachs* que chez les gens aisés et chez les étrangers ; or, c'est précisément parmi les *fellachs* que l'ophthalmo-blennorrhée est la plus fréquente, comme je viens de le signaler.

L'ophthalmie dite *scrofuleuse* est presque inconnue parmi les Égyptiens ; je ne l'ai rencontrée au Caire que chez une jeune femme de Syrie, chez laquelle elle dura pendant tout le temps qu'elle allaita son enfant. Quant à l'ophthalmie diphthéritique, je ne l'ai jamais vue en Égypte, et n'y ai point entendu parler d'une pareille maladie, tandis qu'à Athènes j'en ai vu, il y a deux ans, quatre cas : cela s'explique, je crois, par cette observation journalière, qu'en Egypte le sang est peu riche en fibrine, ce qui fait que, dans les rhumatismes, dans les pneumonies et dans toutes les autres inflammations aiguës, le sang tiré de la veine n'offre jamais cette couenne épaisse et dure qu'il présente ordinairement dans le climat de la Grèce.

Entraînés par l'idée de la spécificité de l'ophthalmie purulente, plusieurs médecins cherchent dans l'Égypte une cause *spécifique* à cette maladie. Je ne sache pas que ce fait ait pu être jusqu'ici établi, du moins m'a-t-il été impossible de retrouver en Égypte une pareille cause, et toutes les recherches qu'on a tentées dans ce but sont loin de donner des résultats satisfaisants. Tout porte à croire que l'ophthalmie d'Égypte n'est pas le produit d'une cause spécifique, mais qu'elle est le résultat de plusieurs causes générales, agissant de concert et d'une manière continue. Essayons de les établir.

Parmi ces causes figure en première ligne la *chaleur humide*, qui règne en Égypte pendant les saisons chaudes. Dans la ville d'Alexandrie, dont le sol est presqu'au niveau de la mer, cette humidité règne depuis la fin du printemps jusqu'au mois de novembre à un tel degré que, passé les sept heures du soir, on ne peut marcher dans la rue sans rentrer tout mouillé. Dans la ville du Caire, elle se fait remarquer particulièrement pendant l'inondation du Nil; or, c'est précisément à cette époque que les ophthalmies sont le plus fréquentes au Caire.

L'humidité entre pour une si large part dans la production de l'ophthalmie que, dans les vastes déserts de l'Égypte où la chaleur est beaucoup plus considérable, mais où l'air est très sec, l'ophthalmie purulente est loin d'être fréquente; les Bédouins qui vivent dans ces déserts ont les yeux très bien

portants. C'est une des causes qui font que l'ophthalmie qui nous occupe est beaucoup plus fréquente dans la ville du Caire que dans la campagne.

En effet, vers le commencement du mois d'août, on introduit l'eau du Nil dans la ville du Caire par de larges canaux, qui servent à la transmettre à la campagne. L'eau circule pendant plus de trois mois entre les murs des maisons; elle remplit six lacs (*birkeh*), où elle stagne pendant quatre mois. Toutes sortes d'immondices déposées dans ces canaux, qui pendant tout le reste de l'année sont des rues praticables, se dissolvent dans cette eau, dont on remplit plus tard les citernes de la ville, pour la faire servir de boisson pendant tout le reste de l'année. Vers la fin de l'inondation, l'eau, devenue basse et bourbeuse dans les lacs aussi bien que dans les canaux, y constitue un véritable foyer d'infection. Pendant tout ce temps, à la chaleur étouffante de la journée, où l'on transpire comme dans un bain de vapeur, succède l'humidité froide de la nuit.

Malgré ces vicissitudes atmosphériques, non-seulement on ne prend aucune précaution pour en atténuer l'influence, mais au contraire on a l'air d'aller au devant de ces causes nosogènes. Dans la journée, on s'expose tout en sueur au courant qui passe par les fenêtres ouvertes, de manière à avoir dans tous les appartements un courant d'air continu. C'est qu'il règne en Égypte le préjugé que, pour être inoffensif pendant le sommeil, l'air doit former un courant; et ce préjugé est partagé, prêché même par quelques médecins; j'ai visité au Caire plusieurs malades qui avaient auparavant les yeux parfaitement sains, et qui, après une nuit passée de cette façon, s'étaient éveillés avec une ophthalmie purulente aiguë.

Les Égyptiens mêmes reconnaissent, sans s'en apercevoir, l'influence que la chaleur humide exerce sur le développement de l'ophthalmie de leur pays : ils attribuent cette maladie à l'ingestion des dattes; or, la maturité des dattes coïncide précisément avec l'inondation du Nil, et dans leur ignorance grossière ces peuplades prêtent à cette simple coïncidence une relation de cause à effet.

Une autre remarque vient à l'appui de cette opinion. Dans tout l'Orient, on fait un usage démesuré des bains de vapeur; or, une grande partie des malades atteints d'ophthalmie purulente aiguë spontanée, que j'ai visités au Caire, avaient contracté cette maladie à la suite d'un bain de vapeur. On expliquera peut-être ce fait par la doctrine de la transmission à distance; sans toucher à cette grave question de pathologie oculaire, je crois que l'on serait plutôt autorisé à voir dans ce fait l'action d'une cause catarrhale.

Un fait que je ne ferai que constater en ce moment, c'est que les épidémies de dysentérie, ces épidémies si fréquentes et si meurtrières en Égypte, y éclatent dans la même saison que celles d'ophthalmie purulente, sous les mêmes conditions atmosphériques, et qu'elles affectent les mêmes prédilections individuelles.

On ne saurait se former une idée de l'encombrement qui existe dans la ville du Caire; on peut dire sans exagération, qu'à l'exception de quelques rues, toute la ville constitue une seule maison traversée par une immense quantité de corridors tortueux, étroits et infects, où le cœur s'opprime, où l'on étouffe, où l'on ne peut pas respirer. C'est dans une pareille ville que quatre cent mille âmes et peut-être autant de bestiaux sont entassés, passez-moi le mot. Mais ce qu'il y a de plus triste, ce sont les habitations des *fellachs*; ce ne sont plus des maisons, ce sont de véritables niches construites de terre, rondes, petites, n'ayant qu'une seule ouverture assez élevée au-dessus du sol, et qui sert en même temps de porte et de fenêtre; de prime abord, on les prendrait pour ces petits fours que l'on voit dans quelques villages. Les écuries de nos chevaux sont des palais à côté de ces repaires obscurs et immondes, où l'air n'a jamais

pu se renouveler, et où des familles entières se couchent pêle-mêle à côté de leurs bestiaux. Qu'est-ce que l'encombrement des soldats dans les casernes de l'Europe en comparaison de cet état d'abrutissement du genre humain?

Pour n'être pas tellement sales, les maisons des riches n'en sont pas moins encombrées; c'est ainsi que, dans le sérail d'un pacha du Caire, j'ai vu éclater une terrible épidémie d'ophthalmie purulente au milieu d'une quarantaine de petits *mamelouks*, jeunes *mignons*, que des ennuques gardaient avec soin dans une série de quatre à cinq chambres, pour les soustraire aux regards indiscrets.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir tous les inconvénients d'un pareil entassement; il me suffira d'ajouter que l'encombrement est, à coup sûr, une des causes qui font que cette ophthalmie est beaucoup plus fréquente dans les villes que dans la campagne.

Dans un mémoire remarquable, lu à l'Académie de médecine, Pariset attribuait la naissance de la peste aux émanations putrides exhalées par le sol de l'Égypte, ce sol vraiment pétri avec des matières animales, et qui, pendant l'inondation, se transforme en un vaste foyer de putridité. Je n'essaierai pas de reproduire ici le tableau frappant que ce savant regrettable a tracé avec tant de précision et d'éloquence. Mais si ces émanations suffisent pour rendre compte de la naissance de la peste, n'y a-t-il pas lieu de penser qu'elles jouent aussi un grand rôle dans la production de l'ophthalmie purulente? N'est-il pas probable que, sans elles, les vicissitudes atmosphériques ne produiraient que des ophthalmies simplement catarrhales, comme partout ailleurs, au lieu de cette purulence qui caractérise l'ophthalmie d'Égypte?

L'irritation continue des yeux par une lumière trop vive, la poussière nitreuse qui, pendant l'été, se dépose entre les paupières, la malpropreté traditionnelle du visage, que les *fellachs* ne se lavent jamais, l'ingestion des poissons salés (*fissicha*), dont ils font un usage démesuré, l'habitude de marcher les pieds nus sur les marbres des mosquées, où il est interdit par la religion d'entrer chaussé, sont autant de causes qui favorisent le développement de l'ophthalmie.

Avant de terminer l'étiologie de cette maladie, je crois devoir faire remarquer que les causes de *compression*, que l'on a dans le temps accusées de sa production dans les armées, manquent absolument en Égypte. En effet, les Égyptiens ne portent *point* de cravate; il y a plus, les *fellachs* ne portent pour tout vêtement qu'une longue chemise noire, de laine; quant à la tête, ils la tiennent constamment couverte d'une calotte de laine (*tarbouche*) recouverte ou non d'un turban de toile fine; et loin d'être pesante, cette coiffure est plutôt salutaire, en ce sens qu'elle entretient à la tête une température uniforme, ce qui est d'autant plus nécessaire que, par une loi religieuse, les musulmans se font tous raser la tête.

Telles sont en Égypte les causes de l'ophthalmie purulente spontanée. Mais la cause la plus puissante et la plus manifeste de la fréquence inouïe de l'ophthalmie dans ce pays, c'est incontestablement la contagion. L'absence complète de précautions, l'indifférence avec laquelle l'Égyptien se frotte les yeux avec les doigts imprégnés de pus ophthalmique, la communauté des objets de lavage chez ceux qui se lavent la figure, tout, jusqu'aux mouches, ce véritable fléau de Pharaon, concourt à propager, à perpétuer cette terrible maladie.

Je viens de prononcer le mot de *mouche :* ces diptères donnent lieu dans les rues du Caire à un spectacle qu'il faut avoir vu pour pouvoir s'en figurer la bizarrerie. Pour vous en donner une idée, permettez-moi, Messieurs, de vous transporter un instant par la pensée dans une des rues de cette intéressante cité, par une brûlante journée de juillet.

Figurez-vous une ruelle presque aussi large que les trottoirs de la rue Royale de Bruxelles, dominée dans toute sa largeur par des pavillons si saillants qu'ils permettent de passer facilement de l'un d'eux dans celui qui lui fait vis-à-vis. Le sol, qui n'est point pavé, est couvert d'une couche très épaisse d'une substance brun foncé, constituée par des matières excrémentitielles déposées là par les bipèdes et les quadrupèdes. Plusieurs fois par jour les *sakkah* viennent arroser le sol avec une telle prolixité, qu'ils le transforment en une boue noire et fétide. Au milieu de cette rue, hommes, femmes, chevaux, bourriques et chameaux grouillent épars, criant, se heurtant et faisant un infernal tapage. Mais voici venir une voiture : elle est précédée d'un *saïs* qui, criant et brandissant un gourdin, invite tout le monde à débarrasser la voie; pas un de ces êtres ne s'avise de bouger, tant qu'un bon coup de gaule ne l'a tiré de son apathie; enfin la voiture avance; elle passe sur le corps d'un gros chien qui dormait dans la rue; elle écrase la jambe d'un Arabe, qui pousse des cris atroces, elle va renverser une bourrique, qui n'a pas eu le temps de se garer; le cocher crève du bout de son fouet l'œil d'un pauvre diable, et enfin le véhicule va, fort heureusement, se casser une roue sur le coin d'une rue tortueuse.

Eh bien! Messieurs, dans ces cloaques sales, bourbeux, des centaines de *fellachs* sont accroupis, les uns sur des nattes, les autres sur des bancs, d'autres enfin sur le sol même, fumant paisiblement leur pipe ou leur *narguillé*. La plupart de ces Arabes ont les paupières couvertes d'une couche épaisse de matières sécrétées par leurs yeux malades, et jamais ils ne prennent la peine de se les essuyer. Un essaim de mouches tourbillonne dans ces sentiers fangeux; elles vont se poser sur le visage de ces êtres apathiques et se gorgent paisiblement des sucs qu'elles y rencontrent, sans être troublées dans leurs repas par l'impatience des Arabes, qui laissent aux complaisants insectes faire sur leur visage l'office du lavabo. Aussi des essaims entiers y établissent-ils parfois leur quartier général.

Si vous avez le malheur de vous aventurer dans ces régions, vous ne tardez pas à sentir une de ces mouches qui vient se fixer, sans autre forme de procès, sur votre figure, et vous piquer les paupières. Ennuyé de cette visite importune, vous vous efforcez de la faire cesser, mais ce n'est pas chose facile; la mouche n'est pas disposée à vous quitter sitôt; à peine l'avez-vous chassée, que vous la voyez revenir à la charge, tournoyer autour de vous, puis reprenant son élan, venir se fixer de nouveau sur votre paupière. Vous finissez par vous impatienter, vous la chassez, vous la tuez : vous en voilà débarrassé. Mais le repos, que vous avez si laborieusement acquis, n'est pas de longue durée; bientôt un nouvel hôte vous arrive, vous êtes tombé de Charybde en Scilla, et vous retournez chez vous pour chercher un repos que la voie publique vous a refusé : heureux encore si l'un de ces insectes incommodes ne vous a pas déposé dans l'œil les éléments d'une conjonctivite, dont vous ressentirez bientôt les pénibles atteintes!

Résumons les causes de l'ophthalmie d'Égypte :

I. Les principales causes de l'ophthalmie spontanée sont la chaleur humide, l'encombrement, et peut-être les émanations putrides du sol.

II. Elles sont secondées dans leur action par la malpropreté, la poussière, le refroidissement des extrémités, l'alimentation malsaine et la lumière trop vive.

III. Enfin la maladie se propage et se perpétue par transmission.

Un pareil *assemblage* de causes morbifiques, dont chacune séparément ne suffirait pas à expliquer la naissance et le caractère de l'ophthalmie purulente, me paraît suffisant pour rendre compte et de la fréquence, et de la na-

ture de cette maladie. En effet, depuis que le commerce avec les Européens a commencé à modifier, tant soit peu, les habitudes des Égyptiens, qu'ils se sont avisés de prendre des précautions générales et individuelles contre quelques-unes des causes énumérées, les ophthalmies deviennent de jour en jour moins fréquentes et moins funestes. Il faut ajouter que l'établissement en Égypte de médecins européens et l'introduction d'un traitement efficace et rationnel sont pour une grande part dans la diminution des chances de cécité, du moins parmi les classes aisées.

II. — OPHTHALMIES INTERNES.

FRÉQUENCE, CARACTÈRE ET CAUSES DES OPHTHALMIES INTERNES.

A. *En Égypte.*

Les auteurs qui ont écrit sur les ophthalmies de l'Égypte ont prêté toute leur attention aux ophthalmies externes de ce pays ; cependant il y a un autre genre de maladies oculaires qui y est extrêmement fréquent, peut-être même plus fréquent que partout ailleurs; ce sont les inflammations de la membrane vasculaire de l'œil (*iritis*, *choroïdite*, *cyclite*). C'est principalement au Caire que l'on observe le plus souvent cette terrible maladie; une grande partie des aveugles de cette ville doivent leur cécité à l'inflammation de l'uvée.

En général, cette membrane est chez les Égyptiens tellement sujette à se congestionner, que chez la plupart des habitants on remarque des signes non équivoques de cette pléthore locale, savoir : varicosités des veines et des artères musculaires, coloration bleuâtre des parties ciliaires de la sclérotique, lenteur de l'iris dans ses mouvements, etc.

La susceptibilité de cette membrane est telle, qu'on ne saurait prendre trop de précautions pour en prévenir l'inflammation après toute opération intéressant ces parties. Il n'est pas rare de voir celle-ci donner le signal d'une inflammation de l'iris, et même de toute la membrane vasculaire de l'œil; les opérations mêmes de pupille artificielle qui, dans notre pays, sont si innocentes qu'on peut les pratiquer d'une manière ambulatoire, si je puis ainsi m'exprimer, deviennent souvent en Égypte le point de départ d'un iritis, qui amène l'occlusion de la nouvelle pupille, ou qui entretient pendant longtemps des névralgies ciliaires opiniâtres. Cette remarque s'applique principalement aux opérations qui nécessitent des tiraillements du tissu de l'iris, comme celles qui sont indiquées par un leucôme adhérent.

La choroïdite suit généralement en Égypte une marche chronique et insidieuse. La plupart de ceux qui en sont atteints ne s'aperçoivent de leur maladie que lorsque leur vue est considérablement affaiblie, ou que la sclérotique a commencé à devenir staphylomateuse; mais il n'est pas toujours possible de s'assurer chez eux des lésions de la choroïde au moyen de l'ophthalmoscope; c'est que, chez un grand nombre de ces malades, la pupille a perdu sa transparence à cause de l'iritis qui avait précédé, ou qui avait suivi l'inflammation de la choroïde, ou bien à cause de la cataracte glaucomateuse, qui ne tarde pas à compliquer ces lésions de la membrane vasculaire.

Plusieurs causes concourent en Égypte à la production des inflammations de l'uvée; parmi ces causes on doit noter en première ligne les chaleurs excessives de l'été, surtout la chaleur sèche, telle qu'elle se fait sentir dans la ville du Caire avant l'inondation du Nil; aussi ces maladies sont-elles plus communes au Caire qu'à Alexandrie, dont le climat est humide, surtout en été.

Une autre cause non moins pernicieuse c'est l'action directe de la lumière, à laquelle vient s'ajouter en dehors de la ville la réverbération intense du sol. On croirait sans doute que, dans un pays inondé de lumière, on prend quelques précautions pour en modérer l'action nuisible. Eh bien, non-seulement on ne porte pas sur la tête quelque chose qni puisse protéger les yeux contre les rayons du soleil, mais on a plutôt l'air d'aller au devant de cette cause funeste. C'est un spectacle navrant de voir l'apathie avec laquelle les hommes du peuple s'exposent au soleil ardent de l'été; aussi les maladies qui nous occupent sont-elles beaucoup plus fréquentes chez les indigènes, et principalement chez les laboureurs.

Dans l'intérieur des villes, cette cause est atténuée par l'étroitesse excessive des rues; on peut affirmer, sans exagération, que dans les quatre cinquièmes des rues du Caire le soleil n'a jamais pénétré. Mais en revanche l'architecture orientale est telle, qu'elle ne permet pas aux yeux le moindre repos; dans chaque maison du Caire, il y a un nombre de fenêtres tellement exagéré, qu'elles ressemblent plutôt à des lanternes qu'à des maisons; dans mes examens ophthalmoscopiques, il m'a souvent été impossible de me procurer pendant la journée une obscurité suffisante.

A ces causes morbifiques viennent s'en ajouter d'autres non moins funestes, tenant aux habitudes et aux mœurs. Sans parler de la syphilis, qui est très répandue en Égypte, une des causes les plus efficaces de l'uvéite est l'abus des boissons alcooliques. Malgré l'interdiction du Coran, tout le monde abuse en Égypte de l'eau-de-vie de la manière la plus excessive; or, on peut aisément se représenter les effets de ce stimulant énergique dans un pays où le système vasculaire est déjà tellement turgescent.

C'est ici le lieu de dire un mot de l'abus extrême des plaisirs vénériens. Cette cause tient non-seulement au climat, mais surtout à la polygamie mahométane. La nature a beau demander un peu de repos, on a inventé des moyens énergiques pour la réveiller, et le système vasculaire de l'œil ne tarde pas à participer d'une manière funeste à cette surexcitation générale de l'économie, impitoyablement agacée.

B. *En Grèce.*

Dans le climat tempéré de la Grèce, la chaleur est quelquefois assez vive en été, mais elle ne dure pas longtemps, et elle est toujours modérée par les vents. On se garde bien de s'exposer à l'action directe du soleil, ou à la réverbération du sol qui, dans quelques localités et notamment à Athènes, est très blanc; on boit fort peu de liqueurs, on ne boit que le vin du pays qui, certes, n'est pas la boisson la plus enivrante; encore en fait-on généralement un usage modéré.

L'absence de ces causes nosogènes explique jusqu'à un certain point le peu de fréquence de la choroïdite primitive en Grèce. On observe souvent de légères congestions choroïdiennes, surtout chez les individus qui se fatiguent trop les yeux, ou qui par leur manière de vivre ont des afflux de sang vers les vaisseaux de la tête; mais ces congestions s'élèvent rarement au dégré d'une inflammation alarmante, il est même assez rare de les voir donner lieu à des hémorrhagies intra-oculaires.

La vulnérabilité de l'uvée est assez faible en Grèce, aussi peut-on souvent pratiquer sur le globe oculaire des opérations graves sans donner lieu à des accidents du côté de la choroïde. C'est ainsi qu'à Athènes les opérations de la cataracte ont ordinairement une issue heureuse; on peut souvent renvoyer

sans scrupule le malade après 24 heures, quelquefois même plus tôt, et notamment pendant la saison froide, aussitôt après l'opération de l'iridectomie.

Chose remarquable, malgré la rareté relative de la choroïdite, la dissolution de l'humeur vitrée est plus fréquente en Grèce qu'en Égypte. C'est une observation que j'ai eu souvent l'occasion de faire, surtout à propos des opérations de la cataracte. C'est principalement chez les individus âgés et chez les sujets cachectiques que le synchisis se rencontre le plus fréquemment. Cela porte naturellement à croire que la dissolution du corps vitré est loin d'être toujours la suite de l'inflammation de la choroïde; serait-elle plutôt une atrophie de cette humeur, indépendante d'un travail inflammatoire?

L'inflammation de l'iris est beaucoup moins rare en Grèce que celle de la choroïde; mais le caractère de cette maladie diffère beaucoup de celui qu'on remarque en Égypte; car, tandis que dans ce dernier pays elle présente le caractère de ce qu'on appelait dans le temps *iritis arthritique*, et que j'appellerais plutôt *iritis des pays chauds*, elle offre en Grèce plutôt les attributs de l'iritis dite *rhumatismale;* elle est le plus souvent occasionnée par l'action brusque du froid, affecte la marche aiguë, et cède à un traitement antiphlogistique énergique, secondé par une température élevée et invariable. L'iritis syphilitique n'est pas rare dans les grandes villes.

Bien que la cataracte et l'amaurose ne puissent pas être considérées comme des ophthalmies internes, je placerai ici, faute de pouvoir les placer ailleurs, les quelques remarques que j'ai à faire sur ces deux affections.

Une grande différence existe entre la Grèce et l'Égypte, relativement à la fréquence de la cataracte. La cataracte est en général rare chez les Égyptiens, du moins la cataracte franche, non compliquée de produits inflammatoires des tissus ambiants; même chez les vieillards, les cas de cataracte ne sont pas très fréquents. Il n'en est pas de même pour la Grèce; là, la cataracte est une maladie assez commune, on en peut étudier toutes les variétés.

A quoi tient cette rareté de la cataracte chez les Égyptiens? je ne saurais le dire. Ce qui me paraît ressortir de la statistique que je viens de recueillir, c'est que :

I. Le travail morbide qui donne naissance à la cataracte sénile n'est pas sous la dépendance d'une affection irritative de la choroïde.

II. Les climats chauds et secs sont les moins favorables à son développement.

III. L'abus des liqueurs spiritueuses ne favorise pas la production de la cataracte.

IV. Contrairement à l'opinion de Réveillé-Parise, l'usage des narcotiques, et notamment de l'opium et du haschich n'est pas pour grand'chose dans son étiologie.

Quoi qu'il en soit des causes, il est vraiment fort heureux que la cataracte soit si rare en Égypte, car le traitement en est fort difficile parmi ce peuple, à cause des chaleurs qui entravent le pansement, de la grande vulnérabilité de la membrane vasculaire, de l'excavation ordinaire des yeux, qui s'oppose beaucoup à l'extraction de la cataracte, enfin et surtout à cause de l'indocilité des malades, que l'on ne pourrait point persuader de la nécessité absolue de se soumettre au repos et à la diète exigés par une si grave opération. Un exemple suffira pour démontrer la justesse de cette dernière remarque; je pratique un matin au Caire le broiement de la cataracte chez un indigène: je lui recommande le repos, la diète et les applications froides; le soir, je le trouve étendu dans son jardin et fumant sa pipe avec autant de sang-froid que si rien ne lui était arrivé.

En Grèce, au contraire, le traitement chirurgical de la cataracte est facile, à cause de la docilité des malades et du peu de réaction qui suit les opérations de ce genre. Il n'y a qu'une circonstance qui doit appeler toute l'attention du chirurgien, c'est la dissolution de l'humeur vitrée; on ne saurait prendre trop de précautions pour éviter de méconnaître cette grave complication, surtout chez les individus qui ont déjà atteint leur dixième lustre.

L'amaurose idiopathique, dont Galien donne cette belle définition : « Ἀμαύρωσις δέ ἐστιν ὅταν παντελὴς παρεμποδισμὸς ᾖ τοῦ ὁρᾷν χωρὶς φανερας αἰτίας » (l'amaurose est la disparition complète de la vue sans cause évidente), est une maladie rare dans la Grèce; en Égypte, au contraire, elle est assez fréquente; cette fréquence tient principalement aux causes suivantes :

I. A la chaleur excessive du climat, qui exerce sur l'innervation une action débilitante.

II. A l'usage démesuré du tabac à fumer.

III. A l'usage journalier des narcotiques, notamment du haschich et de l'opium.

IV. Aux excès vénériens, excès fatalement favorisés par les mœurs les plus dissolues.

V. Enfin à la surexcitation de la rétine par une lumière très vive, dans laquelle on nage sans ménagement.

En effet, il serait étonnant que le système nerveux en général, et celui de l'œil en particulier fût capable de résister à une excitation si forte et si prolongée, et que l'innervation de l'organe visuel ne finît pas par l'épuiser.

III. — MALADIES DES ORGANES ACCESSOIRES DE L'ŒIL.

FRÉQUENCE ET CAUSES DES MALADIES DES ORGANES ACCESSOIRES DE L'ŒIL.

Les maladies des organes excréteurs des larmes sont loin d'être rares en Grèce; elles sont presque toujours consécutives aux catarrhes nasaux occasionnés par les changements brusques de température, si fréquents dans ce climat.

En Égypte, au contraire, la tumeur lacrymale est une maladie extrêmement rare. Au milieu d'un nombre considérable de malades, je n'ai vu que quatre cas de tumeur lacrymale; encore ces cas étaient-ils dus à des lésions organiques des os; et cependant presque tous les Égyptiens ont le nez aplati, conformation qui est généralement considérée comme une des plus fortes prédispositions à la fistule lacrymale.

J'ai voulu m'informer si les catarrhes de la muqueuse de Schneider sont fréquents en Égypte; malheureusement, je n'ai pu obtenir là-dessus des renseignements exacts et unanimes; mais ce désaccord même prouve que ces catarrhes sont loin d'être fréquents, ce que peut faire présumer la rareté des catarrhes bronchiques et de la phthisie pulmonaire. Du reste, l'habitude de tenir la tête constamment couverte d'une calotte de laine (tarbouche) explique bien cette immunité remarquable. Quoi qu'il en soit, ce point de pathologie mérite bien une étude plus approfondie, puisqu'il paraît être en contradiction avec le fait généralement connu de la fréquence excessive de la conjonctivite en Égypte.

Il en est de même de la blépharite glandulaire; cette maladie est assez fréquente en Grèce, et particulièrement dans les villes maritimes, où on l'attribue à l'usage des poissons salés. En Égypte, au contraire, elle est extrêmement

rare, ce qui pourrait jusqu'à un certain point s'expliquer par le tempérament bilieux et sec qui caractérise les Égyptiens.

D'après cette rareté de la blépharadénite, on croirait *à priori* que le trichiasis est rare en Égypte ; c'est le contraire cependant qui a lieu ; et si cette maladie est assez répandue en Grèce, sa fréquence est loin d'égaler celle que l'on constate en Égypte. Cette fréquence va si loin, que sur cent malades ophthalmiques, seize au moins ont le trichiasis. Je ne puis me rendre compte de cette énorme fréquence que par les ophthalmies chroniques qui règnent dans l'Égypte; on conçoit en effet, et je ne suis pas le premier à émettre cette opinion, que l'agglutination continue des cils et leur arrachement, lorsqu'on essaie d'ouvrir les yeux, finissent par donner à ces poils une direction vicieuse ou bien une insertion contre nature.

Dans un petit article que j'ai lu à la Société médicale d'Athènes, et qui vient d'être publié dans les *Annales d'oculistique*, j'ai consigné quelques remarques relatives aux difficultés du traitement chirurgical de cette maladie, surtout chez les Égyptiens, et à quelques procédés que j'ai imaginés pour les vaincre.

Il est aisé de comprendre que, dans un pays où les taches de la cornée sont si communes, le strabisme doit être très fréquent. En effet, je ne crois pas qu'il y ait nulle part autant de louches qu'en Égypte. Néanmoins, qu'on n'aille pas croire qu'on pourrait y pratiquer souvent la myotomie oculaire; personne ne voudrait se soumettre à cette opération ; c'est que le strabisme est considéré par les Égyptiens comme un élément précieux de la beauté du visage, il y a même un proverbe arabe, qui dit que le « *strabisme est le séjour de la beauté* » (*el haouel bet bitaou el gamal*).

IV. — ENSEIGNEMENT, HOPITAUX & EXERCICE DE L'OPHTHALMOLOGIE.

A. *En Égypte.*

On serait porté à croire que, dans un pays aussi fertile que l'Égypte en maladies oculaires, l'ophthalmologie doit être cultivée *spécialement* par les hommes de la science. Malheureusement il n'en est rien et, je regrette de le dire, je n'ai trouvé ni au Caire ni à Alexandrie un seul médecin européen qui s'y appliquât spécialement; le goût du spécialisme n'est pas encore développé chez nos confrères de l'Égypte.

La conséquence fâcheuse de cet encyclopédisme médical est d'abandonner le champ de la spécialité ophthalmologique aux charlatans les plus effrontés, qui de temps en temps parcourent impunément ce pays au détriment de la santé des malheureux ophthalmiques. J'ai connu à Alexandrie un de ces messieurs qui, sous les faux titres de professeur de je ne sais quelles universités, de membre de plusieurs académies, et de chevalier de plusieurs ordres, titres qu'il affichait dans les rues, faisait de l'ophthalmologie la vache de Schiller.

Il y a un an, on a reconstitué au Caire l'école de médecine militaire, qui était jadis connue sous le nom d'École Abouzabel, et qui porte maintenant celui d'École de Casserlein; c'est une école destinée *exclusivement* à l'instruction des médecins militaires. L'ophthalmologie y est enseignée par un de ces jeunes médecins arabes, élèves qui après avoir étudié la médecine en Égypte avaient été envoyés à Paris pour compléter leurs études. C'est vraiment une bonne chose que l'établissement d'une Faculté de médecine dans ce pays, livré à l'ignorance la plus grossière. Il n'y a que deux choses que je lui reproche : d'abord la manière d'enseigner y a quelque chose de singulier ; les professeurs, dont les uns sont Allemands, les autres Italiens, font leurs cours dans leur

langue maternelle, et un drogman attaché à chacun d'eux traduit les paroles du professeur à mesure que celui-ci les prononce.

Mais ce qu'il y a de plus inconcevable, c'est que l'on ait établi une Faculté dans un pays où il n'y a ni école primaire, ni école secondaire. Comment pourrait-on initier aux mystères sacrés de la science un jeune homme dépourvu des notions les plus élémentaires? Je ne sais si je me trompe, mais l'esprit humain ne saurait jamais impunément faire de si grands écarts; il doit marcher pas à pas et monter une à une toutes les marches des connaissances préliminaires pour pouvoir entrer dans l'édifice majestueux de la science. Avant de songer à étudier la médecine, on doit avoir bien étudié la logique. Je regrette de le dire, mais élever une Faculté de médecine sur de pareils fondements, c'est vouloir construire une maison en commençant par le toit (1).

Il n'y a pas dans toute l'Égypte un seul hôpital civil destiné aux indigènes; mais, grâce à la réduction que l'on vient de faire subir à l'armée, on reçoit à présent quelques malades civils dans les hôpitaux militaires. Les Européens établis dans ce pays y entretiennent trois hôpitaux : un hôpital français à Alexandrie et deux hôpitaux grecs, dont un à Alexandrie et l'autre au Caire. Mais ces hôpitaux sont destinés exclusivement au traitement des Européens; l'hôpital grec du Caire fait sur ce point une exception honorable, puisqu'il y existe une consultation gratuite et journalière avec distribution de médicaments, dirigée par M. le docteur Pisas, et destinée à tout malade indigent, de quelque religion et de quelque nationalité qu'il soit; à mon départ d'Alexandrie, on allait introduire le même système à l'hôpital grec de cette dernière ville.

Quant aux aveugles, la religion mahométane a pris le soin de soulager leurs malheurs; la cécité est considérée chez les musulmans comme la voie qui mène le plus sûrement au ciel, et tout aveugle est regardé comme un saint; cette idée consolante adoucit la triste existence de ces êtres dépossédés. Aussi, dans toutes les mosquées de l'Égypte voit-on un grand nombre d'aveugles nourris par la charité, ou plutôt par la vénération publique. C'est ainsi que dans la mosquée de Guémilazer, au Caire, on entretient plus de *mille* aveugles; la vénération du public pour ces saints est telle, qu'ils peuvent impunément commettre les plus grands crimes, et cette impunité va si loin, que la mosquée en question est un *asile inviolable* pour tout criminel. Dans toute procession religieuse le cortége est précédé d'un grand nombre d'aveugles se tenant par la main, fumant leur pipe et murmurant des chants religieux, comme pour indiquer que, pour être exaucés de Dieu, on doit s'abstraire de la jouissance des objets matériels d'ici-bas.

L'exercice de la médecine n'est pas digne d'envie en Égypte; aussi n'est-ce qu'au Caire et à Alexandrie que l'on voit des médecins; même dans ces villes il existe à côté des médecins un grand nombre de charlatans exerçant leur métier librement et sans contrôle. C'est que la médecine ne peut être vraiment exercée que dans la colonie européenne qui, dans les deux villes mentionnées, ne dépasse pas, je crois, le nombre de trente mille âmes. Quant aux indigènes, ils ne croient nullement à la médecine, ou bien, pour y croire, ils en exigent des miracles. Chez les Égyptiens, pour se charger de la cure d'un malade, le médecin doit lui promettre de le guérir dans l'espace de quelques jours; même malgré cette promesse, le troisième, ou tout au plus tard le

(1) J'apprends à l'instant que l'on vient de fonder au Caire, pour les élèves de l'École de médecine, une école préparatoire où les jeunes sujets, qui *savent lire et écrire l'arabe*, doivent apprendre l'arithmétique, la géométrie, l'histoire naturelle et la logique. Il est à espérer que, dans quelques années, cette école fournira à celle de médecine des adeptes moins ignorants.
(10 octobre 1857. — A.)

quatrième jour, le malade impatienté appelle quelque médicastre indigène ou bien une vieille femme renommée pour ses cures merveilleuses, et le lendemain vous trouvez près du chevet de votre malade la poudre ou l'électuaire de cet oracle infaillible, devant lequel votre hippocrate suranné n'est aux yeux de l'Égyptien qu'un nain ridicule.

Le traitement des femmes est bien plus difficile encore. Celle-là se présentent au médecin la figure couverte d'un voile épais (*bourko*), qui ne permet de voir que les yeux; le nez lui-même en est soigneusement caché; c'est à travers cette petite ouverture que l'on doit examiner, et même opérer les yeux, ce qui certainement n'est pas toujours chose commode. Quant à la santé générale de la femme, il n'y a pas moyen de s'en assurer; on ne vous donnera tout au plus que le pouls à tâter; encore y eut-il une époque où les femmes ne présentaient le poignet qu'à travers un rideau. La chose la plus offensante que l'on puisse proposer à une femme égyptienne, c'est de lui demander à faire voir sa langue.

A cette misère morale viennent s'ajouter une foule de préjugés plus funestes encore. Le malade atteint d'ophthalmie aiguë doit tenir *pendant sept jours entiers* les yeux couverts d'un mouchoir noir de laine pour les tenir chauds; il doit éviter avec un scrupule religieux de les mouiller avec de l'eau : cela les détruirait. Le huitième jour, il enduit ses yeux de blanc d'œuf mélangé d'alun, et il attend la disparition de l'œdème; ordinairement cette disparition coïncide avec la perforation de la cornée; cependant le mal ne s'arrête pas là; à peine le malade a-t-il ouvert les yeux, que la vieille femme ou l'arabe surviennent apportant des poudres caustiques, dont ils saupoudrent impitoyablement le globe oculaire. Cette terrible opération est répétée tous les jours jusqu'à ce que la perforation de la cornée se cicatrise et qu'il se forme un énorme leucôme adhérent. C'est alors que le malade a recours au médecin, en lui demandant de le débarrasser de ce leucôme (*el nochta*); et comme cela est impossible, il parcourt de nouveau toute la légion des charlatans, jusqu'à ce que l'œil, constamment irrité et brûlé et gratté, finisse par tomber dans l'atrophie, se délivrant ainsi pour toujours de ces tourments cruels et interminables.

B. *En Grèce.*

Que si maintenant, laissant là ce triste récit, nous arrêtons un instant nos regards sur le tableau riant de la Grèce libre, le parallèle ne peut plus se soutenir : là, au milieu d'un peuple civilisé et sous un gouvernement éclairé, on trouve des institutions propres, tant à prévenir les maladies qu'à les faire traiter d'après les règles de l'art.

L'exercice ophthalmiatrique présente à Athènes la même facilité que dans les autres capitales européennes; on se soumet de bonne heure et de bon gré aux soins du médecin, et l'on supporte avec soumission toutes les rigueurs du traitement.

La tendance vers le spécialisme est très manifeste parmi le collége médical d'Athènes; elle trouve un soutien dans le public intelligent de cette ville, qui en sait apprécier tous les avantages.

L'enseignement universitaire se ressent de ce progrès; déjà dans la Faculté de médecine, on a créé trois chaires spéciales, dont une a été consacrée à l'ophthalmologie.

La ville d'Athènes est une des rares capitales qui possèdent des hôpitaux destinés exclusivement au traitement des maladies oculaires. Un philanthrope distingué, M. le docteur Roeser, premier médecin du roi, en a conçu, il y a quinze ans, l'idée bienfaisante. C'est un de ces nombreux établissements

élevés et entretenus en Grèce par des contributions volontaires. Sa Majesté notre gracieuse reine Amélie a bien voulu le prendre sous sa haute protection, et donner la première l'exemple de cette générosité philanthropique pour ces êtres malheureux qui courent le risque de perdre le plus précieux de leurs sens. Cet hôpital, que j'ai l'honneur de diriger, et qui sert de clinique ophthalmologique à la Faculté, contient vingt-quatre lits destinés à tout malade indigent, de quelque nationalité et de quelque croyance qu'il soit. Depuis le mois de juillet 1854 jusqu'à la fin de l'année dernière, le nombre des malades internes et externes qui y ont été soignés s'élève à 1,372, dont 931 habitaient la ville d'Athènes, 368 provenaient des provinces et 83 étaient arrivés de l'étranger.

Mais je m'arrête, Messieurs, de peur de me laisser aller à faire de ma patrie un éloge que l'on pourrait trouver exagéré. Qu'il me suffise d'ajouter que la médecine ne fait que suivre le progrès rapide que les sciences et les arts font tous les jours dans ce pays. Tout prouve que la Grèce, régénérée, marche à grands pas dans la voie de la civilisation la plus élevée, et qu'elle s'efforce de réaliser les espérances de ces âmes généreuses qui l'ont couverte de leurs sympathies.

DE L'OPHTHALMOLOGIE DANS LE ROYAUME DE NAPLES

PAR LE DOCTEUR DOMINIQUE ROSSI.

(*Notice lue en Comité général le* 16 *septembre.*)

C'est avec plaisir que je viens, Messieurs, sur l'invitation que m'en a faite M. le secrétaire général du Congrès, au nom du Comité, vous faire connaître en quelques mots l'état de l'ophthalmologie dans mon pays.

Le royaume des Deux-Siciles possède à Naples une chaire et une clinique spéciale d'ophthalmologie, faisant partie de l'Université. Elles furent fondées en 1815, et leur ancienneté vous démontre que nous avons été parmi les premiers à comprendre le besoin d'une institution spéciale. La chaire et la clinique furent, dès leur création, confiées aux soins de M. le professeur Jean-Baptiste Quadri qui, à cette époque, publia un ouvrage complet en quatre volumes sur les maladies oculaires. Savant distingué autant que praticien célèbre, il professa avec le plus brillant succès. La science doit à ses nombreuses et ingénieuses recherches une méthode spéciale d'opérer le staphylôme partiel, qui est aujourd'hui généralement adoptée. Cette chaire est maintenant occupée par le professeur Felsie de Venzis, chirurgien habile, d'un grand savoir, et doué d'une véritable éloquence dans l'exposition de ses idées. Il a publié sur la pathologie chirurgicale un ouvrage complet en sept volumes, où, dans des chapitres spéciaux, il s'est occupé avec beaucoup de soin de l'ophthalmiatrie. Il a été le représentant le plus brillant de la science chirurgicale de cette époque, et a acquis des droits éternels à la reconnaissance de la nouvelle école. C'est vous dire, Messieurs, combien il est digne d'occuper cette chaire.

La clinique est dirigée par le professeur Moyna (dont je m'occuperai plus loin, quand je parlerai de l'ophthalmie militaire) aidé d'un oculiste agrégé, le professeur Michel Notarianni. Je ne puis m'empêcher de faire remarquer ici

que la clinique ne contient que six lits, ce qui ne peut suffire à tous les besoins de l'instruction.

Les hôpitaux ont presque tous des salles spéciales destinées aux ophthalmiques, et dans ce nombre, il faut placer en première ligne les hôpitaux militaires. On trouve à Naples un hôpital dit du Très Saint Sacrement, uniquement destiné aux militaires ophthalmiques. La direction de cet établissement est confiée au même docteur Moyna. En outre, à l'hôpital général militaire de la Trinité, il y a une salle contenant environ cent lits, que mon ami ici présent, M. Alexandre Quadri, a sous sa direction.

Dans tous les hôpitaux militaires du royaume, on rencontre partout des salles spéciales pour les ophthalmiques. Il en est de même des hôpitaux civils. Cependant le grand hôpital des Incurables ne jouit pas de cette disposition, de sorte que les ophthalmiques sont mêlés aux autres malades. Je dois néanmoins ajouter que les habiles chirurgiens qui sont attachés à cet établissement s'occupent beaucoup d'oculistique et reçoivent, à une certaine époque de l'année, dans une salle particulière, des cataractés qui viennent s'y faire opérer.

MM. les docteurs F. Palasciano et Emile Olivieri, ici présents, appartiennent audit établissement, et viennent d'y opérer des cataractés. Les hospices sont également pourvus de salles destinées exclusivement aux ophthalmiques. Je citerai en première ligne l'*Hôtel des Pauvres* dont une salle, destinée à ce but, est confiée aux soins du docteur Alex. Quadri.

L'hospice des *Enfants trouvés* ou de l'*Annonciation* se trouve dans les mêmes conditions. C'est M. le directeur professeur Moyna qui y est chargé du service. Les aveugles sont reçus chez nous dans un hospice particulier, nommé *Saint-Joseph*, placé dans les meilleures conditions, et où ils prennent des leçons de musique. Enfin, le corps municipal de la ville de Naples a chargé, moyennant émoluments, M. Alex. Quadri de traiter les pauvres affectés de maladies oculaires. Ceux-ci sont reçus chaque jour chez lui, et il se rend, lorsque le besoin l'exige, à leur domicile.

A Palerme, le gouvernement a institué une clinique d'oculistique, qu'il a confiée à M. le docteur Socrate Pollara, qui s'occupe avec zèle de la science dont je vous entretiens. Il a publié d'intéressants mémoires sur la fistule lacrymale, et sur une méthode spéciale de traitement de la cataracte, se rattachant beaucoup à la kératotomie linéaire.

Les ophthalmies catarrhales sont les affections les plus communes dans le royaume de Naples; la conjonctivite phlycténulaire, autrement dite ophthalmie scrofuleuse, l'est aussi, mais à un moindre degré. D'ailleurs, les conditions thermométriques et la mer qui baigne les bords de Naples doivent nécessairement contribuer à diminuer le chiffre et la gravité des affections scrofuleuses.

L'ophthalmie militaire a joué parmi nous un rôle des plus importants. En 1851 et 1852, elle sévit d'une manière effroyable dans la garnison de Capoue. Je ne dis pas que sa première apparition date de cette époque, puisqu'il est certain qu'en 1820 elle existait dans les garnisons de la Sicile, et que le gouvernement y envoya J.-B. Quadri. Mais en 1851-1852, ses ravages furent tels, que notre gouvernement se vit dans la nécessité de prendre des mesures exceptionnelles, et en confia la direction à M. le professeur Moyna. A cette époque, je venais d'être nommé chirurgien militaire, et je fus attaché à l'hôpital de Capoue. On eut recours aux visites les plus minutieuses et les plus sévères; tous les granulés furent éloignés des autres soldats et envoyés dans un autre hôpital, où ils ne pouvaient avoir aucune communication avec les autres malades. Les salles étaient bien aérées, et les individus placés à une bonne

distance les uns des autres. Chacun eut à sa disposition un bassin et des serviettes. La méthode de traitement fut la cautérisation, et de préférence celle avec le nitrate d'argent fondu.

Vous savez, Messieurs, qu'à cette époque, on ne connaissait pas de bon moyen de neutraliser l'excès du nitrate d'argent. On faisait donc, immédiatement après la cautérisation, des affusions d'eau froide, et l'on mettait aussi un morceau de glace enveloppé dans une compresse sur les paupières. Dans les cas où le caractère purulent dominait, ou lorsque les membranes ou les humeurs de l'œil étaient entreprises, on ajoutait un traitement général consistant, dans la plupart des cas, dans l'usage du calomel et dans tous les moyens de guérison indiqués par les conditions particulières des malades. Presque toutes les garnisons en furent successivement attaquées, et les mêmes mesures prises.

Après un certain temps, soit que le traitement et les soins constants et énergiques eussent produit leur effet, soit que le génie épidémique de la maladie eût perdu de son intensité, soit pour toute autre raison, la maladie diminua de jour en jour, et se réduisit à des proportions très minimes, mais elle n'a pas complétement disparu. On voit toujours dans les hôpitaux militaires, ainsi que parmi les populations civiles, des hommes porteurs des granulations de l'ophthalmie militaire.

Toutes les autres espèces et variétés des maladies oculaires nous sont communes avec les autres pays. Cependant les cas d'amaurose sont moins fréquents chez nous qu'ailleurs.

Dans notre royaume, il y a des chirurgiens oculistes qui s'occupent avec zèle des progrès de la science; mais l'ophthalmologie est aussi étudiée par tous les chirurgiens d'une manière sérieuse et approfondie. Dans l'opération de la cataracte, on emploie chez nous de préférence la kératotomie inférieure et, dans des cas exceptionnels, les autres méthodes. On opère aussi la pupille artificielle, d'après toutes les méthodes que l'on recommande aujourd'hui. La strabotomie est aussi pratiquée. Enfin la fistule lacrymale est en général traitée par la cautérisation du canal et du sac.

La découverte d'Helmholtz a été accueillie avec une juste faveur dans mon pays. On l'y a étudiée, et il n'y a pas un praticien qui, dans ses recherches, ne fasse usage de ce puissant moyen de diagnostic. En un mot, la réputation médicale si justement acquise par les médecins napolitains n'a rien perdu de son lustre, en ce qui regarde l'oculistique.

N'oublions pas de rendre justice à l'esprit éclairé du gouvernement, qui n'a cessé de prêter un appui constant aux efforts faits par des hommes si éminents.

Je termine en vous remerciant, Messieurs, de la bienveillance que j'ai rencontrée dans l'auditoire si distingué qui a bien voulu m'écouter. Je ne fais qu'un vœu, Messieurs, celui de voir la science qui est l'objet de toutes nos prédilections faire chaque jour de nouveaux progrès, et nous mettre à même de préserver l'humanité des maladies qui s'attaquent au plus bel organe de l'homme.

APERÇU SUR L'OPHTHALMOLOGIE DANS LE NORD DE L'ITALIE

ET EN PARTICULIER DANS LE DUCHÉ DE PARME,

PAR LE DOCTEUR PONTI FLORIANO, DE PARME.

(*Notice lue en Comité général le 15 septembre.*)

I

C'est la communication mutuelle des idées, des expériences et des découvertes qui répand la vérité et imprime la marche au progrès scientifique; c'est donc à juste titre que nous devons louer hautement l'appel que nos très honorables confrères belges nous ont fait, en nous invitant à exposer ici tout ce qu'il y a de particulier dans nos pays en fait d'oculistique, de cette noble science qui, dans ces derniers temps, a fait plus de progrès que toutes les autres. Ces relations permettront d'établir une comparaison entre l'état actuel de l'ophthalmologie dans tous les pays du globe, et d'en faire, pour ainsi dire, une histoire universelle capable de la caractériser, au milieu de la révolution générale que le progrès incessant des sciences y a allumée.

Je regrette vivement, en ce qui me concerne, de ne pouvoir concourir que dans des limites bien étroites à ce grand résultat.

Néanmoins, quelque bornée que soit ma relation, j'ose me flatter qu'elle ne sera pas tout à fait dépourvue d'intérêt pour cette savante et respectable assemblée.

Si l'on considère les innombrables observations et les découvertes utiles faites par les hommes distingués de l'Italie et des autres pays, qui réussirent dans ce dernier siècle à la dépouiller des immenses préjugés dans lesquels elle était encore enveloppée, on reconnaîtra que l'oculistique a été cultivée chez nous avec zèle et succès. Nous en sommes redevables à l'empressement du gouvernement qui, dès 1819, institua des cliniques d'oculistique dans les Universités de Pavie et de Padoue, et en confia la direction à des professeurs *spécialistes* d'un mérite sans conteste. Ces écoles donnèrent bientôt d'excellents élèves et même des auteurs qui, par leurs ouvrages, rehaussèrent l'art que nous cultivons; ils ouvrirent des ambulances, des dispensaires et des polycliniques, et offrirent de cette façon aux médecins des moyens d'étude et de perfectionnement, aux malheureux atteints de maladies oculaires des conseils et des secours.

Les doctrines ordinairement exposées dans nos écoles sont celles qui ont jusqu'ici dominé en Allemagne, si ce n'est que, sous le rapport de la spécificité des ophthalmies, nous n'avons pas adopté tout ce qui a été proclamé par Beer et par ses élèves; c'est ainsi qu'on a réduit de beaucoup les divisions et les subdivisions, qui avaient pour défaut de jeter la confusion dans l'esprit des jeunes praticiens.

Si l'ophthalmoscopie moderne qui, grâce à l'invention du professeur Helmholtz, a ouvert le champ à de nouvelles études en répandant la plus grande lumière là où il n'y avait que ténèbres pour nos prédécesseurs; si ce moyen d'investigation, joint aux autres procédés récents d'exploration objective et subjective, ne s'est pas vulgarisé parmi nous comme il le méritait, il est

cependant mis en pratique très utilement et avec éclat par les plus fervents adeptes de notre science. Au nombre de ceux qui ont obtenu d'heureux résultats de l'application de l'ingénieux instrument du célèbre professeur de Königsberg, il faut compter notre savant confrère Quaglino, qui a fait preuve de son savoir à cet endroit, dans ses mémoires très connus sur les maladies du corps vitré, mémoires qui sont venus, il y a bien peu de temps, enrichir l'ophthalmologie italienne (1).

La partie technique de la chirurgie oculaire est exercée aujourd'hui par des hommes qui en obtiennent de remarquables succès, et qui peuvent être regardés à juste titre comme les dignes disciples des savants qui honorèrent notre péninsule. Les méthodes opératoires contre la tumeur et la fistule lacrymales sont celles de la dilatation temporaire avec le clou de Scarpa, et celle de la destruction du sac, selon le procédé de Nannoni. En ce dernier cas, je donne la préférence au cautère actuel, suivant les conseils de M. Desmarres. La strabotomie n'est pas proscrite dans la haute Italie, comme on l'a avancé à tort, mais elle n'est que très peu répandue, et, contre le strabisme récent et léger, nous employons de préférence les lentilles prismatiques de M. le docteur Kark.

Afin d'éloigner de l'axe optique la cataracte, nous employons, nous fondant sur les heureux résultats du professeur Flarer, la scléroticonyxis bien plus souvent que l'extraction, parce que nous la croyons d'une application plus générale que cette dernière, et parce qu'on y évite aussi plus facilement la fonte purulente des bulbes, qui cause des dommages irréparables, tandis que, dans les cataractes secondaires et dans les inflammations qui surviennent parfois après la dépression, il reste une chance de succès en réopérant les unes et en combattant les autres par les moyens antiphlogistiques. Il est des cas cependant où nous donnons la préférence à l'extraction, comme dans la cataracte noire, dans la luxation antérieure de la lentille, et dans les cas où l'on doit opérer un individu qui offre la cirsophthalmie, ou quelque staphylôme de la sclérotique. Nous employons alors tantôt la kératotomie supérieure, tantôt l'inférieure, mais plus souvent la première que la seconde.

La pupille artificielle, cette brillante et très utile création de la chirurgie moderne, a toujours trouvé des partisans chez nous; et parmi ceux qui, pour l'exécuter plus aisément et avec succès, ont étudié des méthodes spéciales et imaginé des instruments qui resteront dans la pratique, les annales de la science citent avec le plus grand respect les noms des Scarpa, des Assalini, des Donegana et de tant d'autres Italiens. Nous la pratiquons tant par dialysis que par ectomie, et le choix de l'une ou de l'autre méthode nous est indiqué, dans cette circonstance aussi, par les cas individuels et par les diverses altérations du bulbe.

Cependant, je ferai observer que communément (quand la chose est possible) nous préférons ouvrir dans le tissu de l'iris la nouvelle voie aux faisceaux des rayons lumineux, vers l'angle interne de l'œil. Ensuite, sur le conseil de l'illustre Trinchinetti, lorsque cette opération a été exécutée heureusement dans un point quelconque de la circonférence de l'iris, nous faisons porter aux opérés des lentilles plano-convexes, afin d'améliorer en eux la faculté visuelle, toujours imparfaite, quand la voie des rayons de lumière est ouverte en des points où la réfraction de l'appareil optique est moins forte qu'il ne faudrait.

Je regrette que l'occlusion des yeux ne soit pas généralement adoptée par

(1) *Ann. Univ. di Medic. — Mag. e Guig.*, 1857. — Intorno alle malattie del corpo vitreo, considerate come causa di *Ambliopia od amaurosi ;* ricerche oftalmoscopiche ed osservazioni del docteur A. Quaglino.

nos praticiens, car il me semble qu'elle est même usitée (par tradition peut-être) dans nos campagnes et parmi nos montagnards; en effet, on observe quelquefois des paysans qui se rendent chez le médecin, les yeux malades couverts et parfois comprimés par un bandeau.

L'hydrothérapie oculaire constitue aussi pour les Italiens un moyen curatif utile, que l'on emploie tantôt comme *agent mécanique*, pour expulser de l'œil les corps étrangers qui s'y sont introduits et les humeurs pathologiques sécrétées par la conjonctive, surtout dans les ophthalmo-blennorrhées; tantôt comme *agent antiphlogistique*, dans le traitement de presque toutes les phlogoses spontanées et traumatiques.

II

Après ce rapide aperçu de l'état général de la pratique ophthalmologique dans la haute Italie, je dirai brièvement ce qui la concerne spécialement dans le duché de Parme, en passant sous silence tout ce qui ne me paraîtra pas digne d'intérêt, soit pour me tenir dans les bornes fixées, soit pour ne pas dérober à d'autres plus dignes d'occuper l'attention de cette illustre assemblée le temps nécessaire à leurs observations.

A cause des ravages affreux produits par l'ophthalmie égyptienne dans nos troupes depuis 1849 jusqu'à 1852, quelques efforts que l'on ait faits dans le but d'empêcher la propagation du virus contagieux, jamais on n'est parvenu à en arrêter la diffusion dans le peuple, parmi lequel cette maladie existe toujours et exerce ses ravages. Aussi, les ophthalmies les plus fréquentes chez nous sont à présent les purulentes, et c'est ce que j'ai constaté dans la pratique de mon dispensaire, qui me donne un septième environ de ces affections. — Après celles-ci, les conjonctivites simples sont les plus fréquentes, et dans le grand nombre de causes qui les produisent, il faut compter les changements rapides de l'état de l'atmosphère; ces changements, qui ont lieu dans le climat de mon pays, dominé au printemps surtout et en automne par les vents du nord-ouest et du sud-ouest, lesquels emportent presque entièrement l'ozone atmosphérique, peuvent à mon avis avoir une certaine influence sur le développement plus considérable de cette maladie, comme aussi sur celui de toutes les maladies broncho-trachéales, très communes dans nos régions. Enfin, les kérato-conjonctivites pustuleuses ou lymphatiques avec leurs suites, soutenues par la diathèse scrofuleuse, dégénération de la race humaine, attaquent surtout, comme dans les autres pays, les enfants des pauvres. Cette affection doit certainement être attribuée, pour la plus grande partie, à la mauvaise nourriture, au défaut du vin et aux habitations insalubres dans lesquelles les indigents de nos villes sont contraints de vivre. Il faut espérer que, d'après l'exécution d'une ordonnance de S. A. R. la duchesse de Parme, relative à la construction d'un nouveau quartier dans la capitale, où les pauvres auront des logements plus convenables, la condition physique de ces infortunés pourra s'améliorer dans l'avenir.

Quoique le nombre des ophthalmiques soit assez considérable dans ce duché, et que ces malades puissent offrir un vaste champ d'études et de pratique, jamais on n'a institué dans notre université d'école spéciale pour l'oculistique. L'enseignement de cette branche très importante des sciences médicales est confiée au professeur de clinique chirurgicale, lequel est obligé d'en faire un cours de quelques mois; de façon que tous ceux qui désirent apprendre la science que nous pratiquons, se trouvent dans la nécessité d'en aller chercher les notions à l'étranger.

L'État de Parme, qui n'est pas tout à fait pauvre en ce qui regarde les établissements de bienfaisance publique, manque encore aujourd'hui d'un institut ophthalmique; j'ai voulu suppléer, en partie au moins, à cette lacune, par l'établissement d'un dispensaire, qui est aujourd'hui soutenu par les secours privés d'un seul citoyen.

Parmi les choses importantes et qui ont quelque rapport avec mon sujet, je dois citer les sources d'eaux minérales de Tabiano et de Salsomaggiore, dans le duché, d'autant plus que la balnéologie oculaire, bien peu en usage jusqu'ici, commence à gagner du terrain.

Les eaux de Tabiano, bien plus riches en acide sulfhydrique que celles de la Porette et de Sainte-Lucie près de Naples (1), ont été reconnues efficaces pour faire disparaître certaines maladies cutanées, rhumatismales et syphilitiques. Quant à moi, j'en ai reconnu l'utilité dans quelques cas de blépharites ciliaires chroniques, et dans les eczémas des paupières, dans la phytiriase des sourcils, etc. Mais je ne puis encore juger de leur vertu thérapeutique dans les autres ophthalmopathies, n'ayant pas eu l'occasion d'en faire l'essai. Je me suis servi de celles-ci pour bains généraux et pour douches oculaires.

Les eaux que l'on tire des anciens puits de Salsomaggiore, et qui, avant Charlemagne, étaient exclusivement destinées à la fabrication du sel, sont la propriété du gouvernement; et les eaux-mères, qui étaient négligées auparavant, ont donné l'occasion à notre médecin distingué M. Valentini d'en faire l'objet de différentes expériences dont les résultats ont presque toujours dépassé son attente. — Comme elles sont riches en iodures et en brômures, administrées en bains généraux ou en applications topiques, délayées avec de l'eau commune afin d'en corriger la causticité, elles procurent des guérisons complètes dans un grand nombre de maladies causées par les diathèses scrofuleuse et syphilitique (2). Elles ont acquis une renommée si éclatante en peu de temps, soit par le grand concours des baigneurs, soit par les effets salutaires qu'elles ont produits, que le gouvernement a fondé dans ce petit pays un établissement digne d'être compté parmi les premiers de notre péninsule. — Grâce à l'usage de ces eaux, j'ai pu vaincre d'une manière merveilleuse des ophthalmies scrofuleuses chroniques, des taches cornéennes et des exostoses syphilitiques intra-orbitaires; et il n'est pas nécessaire d'en donner ici d'autres détails, puisque j'ai déjà indiqué la vertu de ces eaux dans la thérapeutique oculaire.

J'ai tâché de vous représenter fidèlement ce que mon pays offre d'intéressant au point de vue de notre spécialité; c'est malheureusement peu de chose, et il eût fallu un interprète plus habile que moi pour vous en rendre intéressante la narration.

(1) Comparaison des eaux sulfureuses les plus réputées de l'Italie. — *a*) Eau sulfureuse de la Poretta. — *b*) Eau sulfureuse de Ste-Lucie. — *c*) Eau sulfureuse de Tabiano. — Dans un litre de chacune d'elles on a rencontré : gaz sulfhydrique libre, comme il suit : dans la première, cent. cub. 16,101, — la deuxième, 39,794, — dans la troisième, 62,778, outre celui qui se trouve à l'état d'union chimique avec le *sulfure de lithium*. De là vient la grande supériorité de nos eaux sur les deux premières : *Bezzieri*, Not. sulle acque di Tabiano.

(2) *Valentini*. Salso, le suc Saline, e i suvi Bagni salino-iodati. Parma, 1857.

DE L'OPHTHALMOLOGIE EN PORTUGAL

PAR LE DOCTEUR J.-A. MARQUES.

Le Portugal n'a pas détaché de la pratique générale, aussitôt que cela s'est fait dans d'autres pays, la branche de la médecine qui a reçu le nom moderne d'ophthalmologie. On étudiait en Portugal la médecine oculaire, on y pratiquait toutes les opérations d'oculistique, mais il n'y avait aucun médecin voué exclusivement à la clinique des maladies des yeux. Ce n'est guère que depuis quelques années que le Portugal a commencé à marcher sur les traces des autres pays de l'Europe, qui l'avaient devancé à cet endroit; aujourd'hui il prouve incessamment l'intérêt qu'il porte au progrès de la médecine et de la chirurgie oculaires comme spécialité. Il est vrai qu'on ne trouve pas en Portugal des établissements spéciaux pour traiter les maladies des yeux; mais, dans quelques hôpitaux généraux, il y a des salles séparées pour ceux qui sont atteints d'affections oculaires. Il existe même à Lisbonne une maison de consultation ophthalmologique. La première salle d'oculistique a été organisée à l'hôpital militaire de Lisbonne, après que le décroissement de l'épidémie ophthalmique de l'armée eût permis de fermer les hôpitaux qui étaient destinés exclusivement au traitement de ces maladies. Quelque temps après, l'*enfermeiro nior* de l'hôpital de Saint-José de Lisbonne a fait séparer un certain nombre de lits pour organiser aussi une clinique ophthalmologique. La clinique de l'hôpital militaire est confiée à un chirurgien de l'armée, M. Sà Mendes, qui, depuis plusieurs années, exerce cette partie de la médecine à la satisfaction de ses malades et de la science. La salle des maladies des yeux à l'hôpital de Saint-José appartient à M. le docteur J.-C. Loureiro qui, depuis 1846, s'occupe de la médecine oculaire en Portugal. C'est encore à ces deux médecins, MM. Loureiro et Sà Mendes, qu'on doit l'établissement de la maison de consultation désignée plus haut, et actuellement soutenue et dirigée par M. Loureiro. Pour ce qui concerne la publication des écrits sur la médecine oculaire, nous n'en avons que très peu, en comparaison des autres pays qui nous ont précédés; il y a toutefois sur cette matière un grand nombre d'articles originaux dans les publications périodiques de médecine portugaise, particulièrement dans l'*Escholiaste medico*, dus à MM. Louriero et Sà Mendes. L'histoire de l'ophthalmie militaire en Portugal, que nous avons présentée au Congrès, en dit assez sur le grand nombre de travaux qui ont été publiés, lors de la discussion scientifique que le développement de l'épidémie a suggérée.

Voilà, dans un très court résumé, ce qu'on peut dire de l'ophthalmologie en Portugal. Mais il faut ajouter qu'on possède à Lisbonne, à Porto, et dans d'autres villes encore, des chirurgiens très habiles, qui exercent la clinique ophthalmologique avec une entière connaissance de l'état de la médecine oculaire, et qui pratiquent les opérations avec toutes les conditions exigées, sans être pourtant des spécialistes. Quelques-uns mêmes de nos médecins ont suivi les cliniques ophthalmologiques des pays étrangers, particulièrement celles de la France et de la Belgique. Nous citerons, parmi les premiers, MM. le baron Kekeler et Magathâes Coutinho, et parmi les seconds, MM. Guerreiro, Loureiro et May Figueira.

Il y aurait peut-être place ici pour quelques considérations sur les méthodes

de traitement, tant médicales que chirurgicales qu'on emploie le plus particulièrement en Portugal; mais cela nous conduirait à une longue exposition, qui du reste ne dirait rien de nouveau, car les ouvrages des premiers ophthalmologistes sont les guides consultés pour la pratique des médecins portugais.

DE L'ÉTAT DE L'OPHTHALMOLOGIE EN RUSSIE

PAR LE DOCTEUR JEAN DE KABATH.

---

1. L'empire de Russie possède six universités, pourvues chacune d'une faculté de médecine; elle ont leur siége à Moscou, à Kasan, à Kharkoff, à Kieff, à Dorpat et à Helsingfors. Outre ces facultés, dépendantes des universités, il y a à Saint-Pétersbourg une Académie spéciale de médecine. Des cours théoriques d'ophthalmologie sont institués près des facultés de médecine de chacune de ces universités. Outre ces cours théoriques, il s'y trouve des cliniques spéciales pour l'enseignement pratique de l'ophthalmologie thérapeutique et opératoire. Cette branche de la médecine est traitée, cependant, plus spécialement à l'Académie impériale de médecine de Saint-Pétersbourg, à la disposition de laquelle se trouve un hôpital militaire contenant une section spéciale pour les maladies oculaires. Cette dernière étant sous ma propre direction, j'ai l'occasion d'y traiter et observer annuellement environ 3,000 malades.

Le nombre des opérations exécutées s'élève annuellement à 200.—Plusieurs des professeurs d'ophthalmologie de la Russie ont acquis une célébrité bien méritée par leur expérience et leurs travaux scientifiques dans cette branche de la médecine; tels sont par exemple : Grubbi, Salomon, Savenkoff, Pirogoff, Rklitzky, Zabtotski à Saint-Pétersbourg, Hildebrandt, Inozemzoff, Brosse à Moscou, Vanzetti à Kharkoff et Kbrowajeff à Kieff. Outre les professeurs des universités, la Russie possède des oculistes très distingués, savoir : Tichleman, Froebelius, Savenkoff, Denicke et Lerche à Saint-Pétersbourg, Sonchtchinski, à Moscou, etc.

2. Il y a des établissements spéciaux pour le traitement des maladies oculaires dans la plupart des grandes villes de l'empire, où se trouvent de vastes hôpitaux militaires et civils, comme par exemple à Saint-Pétersbourg et à Moscou.

3. A cause de la vaste étendue de la Russie et de la diversité de son climat dans les différentes provinces, il est très difficile de définir avec précision quelles y sont les maladies oculaires régnantes. — Mais, en général, on pourrait dire que les habitants de la Russie méridionale sont, pour la plupart, sujets à des maladies inflammatoires aiguës des yeux et aux cataractes. Les habitants des contrées septentrionales souffrent au contraire le plus souvent de maladies inflammatoires rhumatismales, déterminées par des refroidissements. Parmi les habitants des villages du nord, on rencontre très fréquemment le trichiasis. L'inflammation scrofuleuse des yeux présente, surtout dans le bas âge, dans la Russie septentrionale, de grandes difficultés pour le traitement heureux de cette maladie.

DE L'OPHTHALMOLOGIE EN SUÈDE

PAR LE DOCTEUR ROSSANDER,
Chirurgien à l'hôpital des Séraphins de Stockholm.

(Notice lue en Comité général le 15 septembre 1857.)

Je me suis imposé la tâche de vous entretenir, Messieurs, des institutions ophthalmologiques de la Suède; cette tâche se bornera malheureusement à venir vous avouer qu'il n'y existe point d'institutions de cette espèce, au moins d'une manière spéciale. Une telle confession m'est pénible, je l'avoue, mais elle me le serait bien plus encore si je ne savais que ma patrie partage en cela le sort de bien d'autres pays, de ceux-là même qui constituent les soi-disant centres de la civilisation, où l'ophthalmologie n'a pas de représentants officiels. Cet état de choses est, en tous cas, plus pardonnable chez nous, surtout pour qui connaît nos institutions scientifiques en général, et la position singulière et fausse dans laquelle elles se trouvent, et dont je vais essayer de vous rendre compte en quelques mots. La Suède a deux universités, l'une à Upsal, l'autre à Lund. La première existe depuis près de quatre siècles; elle a joui et jouit encore d'une réputation bien méritée, grâce aux Linné, aux Rudbeek, aux Celsius, aux Wahlenberg, etc., qu'elle a comptés parmi ses professeurs. L'Université de Lund a été fondée, il y a 180 ans, par Charles XI, pour soustraire à l'influence intellectuelle du Danemarck les provinces du midi de la Suède, qui avaient été nouvellement prises à cette puissance par son père, le fameux Charles X (lequel avait appris à l'école de Gustave-Adolphe à conquérir des royaumes). Moins célèbre que celle d'Upsal, cette université a pourtant le droit de revendiquer une part honorable dans les progrès des sciences en Suède, et, comme à Upsal, ses illustrations principales appartiennent aux sciences naturelles; telles sont Nilson, Zetursledt, Fores, etc. Mais si les sciences naturelles ont été cultivées avec fruit dans ces universités, il n'en a pas été de même de la médecine, à proprement parler. Ces Facultés ont traité, beaucoup plus longtemps encore que les autres en Europe, la médecine d'une manière abstraite et philosophique; elles se sont obstinées à faire de la médecine une science pure et élevée, et y ont si bien réussi, qu'elles l'ont élevée jusqu'aux nuages, d'où elle a eu beaucoup de peine à descendre, et où elle serait probablement encore sans l'avénement d'un *tertius interveniens*, je veux parler de l'école de Stockholm. Vous comprenez, Messieurs, que les Facultés, avec de telles tendances, ne pouvaient guère s'occuper de la partie la plus pratique de notre art, la chirurgie; aussi n'y a-t-il que vingt ans qu'elles ont des chaires spéciales pour la chirurgie, jusque-là réunie à l'anatomie; il n'y était pas question de cliniques, et du reste, il n'était pas facile d'en instituer dans de petites villes de 10,000 habitants, même avec la meilleure volonté. A Stockholm, au contraire, dans les grands hôpitaux, dont quelques-uns datent de cent ans, l'occasion devait se présenter d'elle-même; aussi une petite école se forma-t-elle autour d'eux, mais cette école n'avait d'abord pour mission que de former des chirurgiens pour l'armée. Bientôt elle s'agrandit, Berzelius y fut attaché (et y resta professeur jusqu'à sa mort); plus tard Retzius y vint briller, et ces deux noms don-

nèrent à l'école un éclat qui mit les universités dans l'ombre. MM. Ekströmer, Huss et Berg, en réorganisant les cliniques, attirèrent des élèves nombreux; avec et après eux, MM. Santesson et Malmsten continuèrent cette œuvre, et le gouvernement finit par ordonner que tous les étudiants en médecine vinssent faire leurs études pratiques à Stockholm. On a cependant érigé des cliniques à Upsal et à Lund, et les professeurs actuels, tous anciens élèves et même agrégés de Stockholm, y font honorablement tout ce qui y est possible avec des moyens restreints. Les élèves pourtant qui ont préféré faire toutes leurs études à Stockholm, où le nombre des professeurs est en ce moment plus grand que celui des deux Facultés réunies, n'ont pas encore obtenu les droits dont jouissent les élèves des Facultés; et comme on a été forcé de professer à Stockholm les mêmes éléments qu'à Upsal et à Lund, pour ne pas rester à la place humiliante de l'empirisme pur, il s'ensuit que les forces scientifiques de la Suède sont divisées en trois; qu'en trois endroits différents on s'occupe des mêmes choses, c'est-à-dire des éléments, et que celui qui veut aller un peu plus loin dans les spécialités est forcé de faire des études ultérieures à l'étranger, tandis que ces ressources, réunies, permettraient de diviser les matières, de faire des cliniques spéciales, etc. Dans ces derniers temps, on s'est occupé sérieusement de cet état fâcheux; l'opinion publique demande une réforme, et l'on a même proposé cette année à la Diète de réunir toute l'instruction médicale à Stockholm, ou de donner à tous les élèves les mêmes droits—ce qui, à la longue, reviendrait au même; — mais les progrès sont lents à s'accomplir en Suède, ce qui tient à l'esprit même du peuple, qui est assez conservateur, et parce qu'il entre dans notre représentation trop d'éléments stationnaires;—le clergé occupe par exemple à lui seul une de nos quatre chambres, et vous savez combien il est difficile de faire croire à un clergé que des progrès sont nécessaires. Il faut espérer que cet état de choses ne durera pas toujours, et une réforme aurait probablement à sa suite, entre autres, une chaire spéciale pour l'ophthalmologie. Jusqu'à présent, les spécialistes que nous avons, MM. Minton et Ekstian, sont restés étrangers à l'enseignement, et les professeurs des Universités, comme ceux de Stockholm, n'ont pu que de temps en temps traiter cette branche de la science. On va déjà cette année ouvrir une polyclinique pour les maladies des yeux au grand hôpital de Stockholm, mais cette clinique est confiée à des forces bien faibles, à celles que vous avez devant vous.

Quant aux maladies des yeux qu'on pourrait regarder comme endémiques chez nous, je n'en sais pas grand'chose; le manque de spécialistes a aussi fait manquer d'observations rigoureuses, et mon expérience ne date que d'hier. Je crois en réalité qu'il n'en existe pas, et quant à l'ophthalmie militaire, j'en suis sûr. Après les grandes guerres du commencement de ce siècle, notre armée a bien eu sa part, mais la maladie a bien vite disparu. Pour expliquer cela, il faut savoir que nos soldats en paix restent paysans (quoiqu'ils soient soldats pour toute la vie). On ne les rassemble que pendant trois semaines chaque année, pour faire les exercices nécessaires, et le reste de l'année ils sont confondus avec le peuple et complétement séparés les uns des autres. Dans une seule paroisse, l'ophthalmie militaire s'est communiquée par contagion évidente aux autres habitants, et elle a même régné là pendant un temps très long; mais à présent elle a disparu, sans gagner les autres parties du pays, grâce aux grandes distances qui séparent les paroisses et aux mœurs conservatrices de la contrée affectée, de ses habitudes solitaires, de l'idée de ses paysans de ne se marier qu'entre eux, etc.

IV

COMMUNICATIONS DIVERSES

FAITES AU CONGRÈS OU DÉPOSÉES.

DE LA PROTHÈSE OCULAIRE

PAR BOISSONNEAU, PÈRE,
Oculariste des hôpitaux civils et militaires de Paris.

De tous les appareils se rattachant à la prothèse humaine, l'œil artificiel, quoique ayant subi dans ces derniers temps d'importantes améliorations, est peut-être celui qui est le moins connu dans sa matière, ses conditions d'appropriation, et au point de vue des avantages qu'on en peut retirer.

Il n'entre point dans le plan de cette note d'étudier l'histoire de l'art dont il est l'objet depuis son enfance, qui remonte à une époque antérieure de plusieurs siècles à l'ère chrétienne; elle prendra pour point de départ la nature des émaux que l'on employait avant l'époque à laquelle j'appartiens, et la conformation ovalaire que mes prédécesseurs les plus immédiats donnaient encore à un appareil que je copiai moi-même, sans modification de forme, dans les premières années de ma carrière professionnelle; puis, après avoir dit quelques mots de l'utilité des restaurations physionomiques, elle se terminera par l'exposé comparatif de l'ancien œil artificiel, et des chefs de méthode se rattachant au mode d'appropriation que j'ai adopté.

§ Ier. **Matières premières.**

L'œil artificiel est composé d'émail, modelé à la lampe d'émailleur ; ce genre de travail a pris naissance dans les Pays-Bas, au XVIIe siècle. L'artiste qui eut cette idée employa les émaux de Venise, et je continuai moi-même l'emploi

de ces matières jusqu'en 1850, époque à laquelle j'écrivis mon premier mémoire sur ce sujet.

Ces émaux, très variables dans leurs principes colorants, étaient, en raison de leur base alcaline, facilement attaquables par l'humidité ; mais on parvint à en composer qui, sans être absolument résistants, offraient néanmoins des propriétés capables de les défendre pendant longtemps contre cette détérioration, propriétés bien utiles pour l'œil artificiel, parce que l'état de rugosité qu'il peut revêtir est toujours le point de départ de graves altérations organiques des parties avec lesquelles il est appelé à se trouver en rapport.

Avant d'entrer dans les détails touchant la nature et les qualités des nouvelles matières que j'ai introduites dans ma fabrication, je pense qu'il ne sera pas inutile de classer ici les vitrifications, telles qu'elles doivent être comprises dans leur ordre naturel; car, il faut bien le dire, ces émaux n'ont point été suffisamment spécifiés par les auteurs qui, jusqu'a ce jour, y ont compris certains verres et cristaux de couleur. La divergence qui existe dans la nomenclature des différentes espèces, et les erreurs généralement répandues sur ce point m'engagent à bien établir ici ce que l'on doit entendre sous la dénomination d'émail.

Les vitrifications se divisent en deux classes bien distinctes : la première comprend les produits naturels ; la seconde, les produits factices. Les quartz transparents, incolores ou colorés, le cristal de roche, les topazes, les émeraudes, les rubis, etc., sont des verres naturels, comme les aventurines et les agates sont des émaux gisant au sein des roches primitives. Les laves que vomissent les cratères volcaniques, produits des digestions des entrailles de notre planète, sont aussi des émaux naturels, plus ou moins imparfaits, à bases colorantes métallico-terreuses.

La chimie, bornée d'abord aux connaissances confuses des alchimistes, aujourd'hui basée sur une science positive, a successivement produit des vitrifications factices qui, luttant de pureté et d'éclat avec les pierres naturelles, n'en diffèrent guère aujourd'hui que par la dureté.

On connaît, sous la double dénomination de verre et de cristal, deux produits chimiques transparents : le premier est un silicate alcalin, produit de la silice et de divers alcalis fixes, amenés à l'état de fusion par l'influence d'une haute température; le second est un silicate métallique obtenu par le même procédé, de la silice et de différents oxydes métalliques, n'offrant pas de propriétés colorantes.

Si, à ces bases, on ajoute des oxydes ayant des propriétés tinctoriales, à doses rigoureusement ménagées pour ne point troubler la transparence de la matière, on obtient les verres ou cristaux de couleur.

Les émaux sont composés de ces mêmes matières, et leur opacité plus ou moins prononcée n'est que le résultat d'une surabondance des principes colorants unis à la masse, soit à l'état de combinaison, soit à l'état de mélange.

En conséquence, les vitrifications factices se divisent en trois espèces : la première comprend les verres et cristaux incolores; la seconde les verres et cristaux colorés, mais parfaitement transparents; la troisième, qui comprend les émaux, a pour base ces derniers produits, dont un excès de principes colorants a troublé ou détruit la transparence.

Il ne peut donc exister d'émaux transparents, parce que la dénomination d'*émail* doit appartenir exclusivement aux vitrifications plus ou moins opaques; autrement, il faudrait créer, sans nécessité, des noms pour les différents degrés d'opacité.

La connaissance de la matière étant ainsi établie, l'action de l'humidité sur les émaux alcalins bien reconnue, mes préférences se portèrent naturellement sur les émaux à bases métalliques, qui offrent le moins d'affinité pour l'humidité, et spécialement sur le deutoxyde de plomb et l'oxyde blanc de bismuth.

Le poli des coques artificielles confectionnées avec ces matières résiste plus d'une année, et encore, au bout de ce temps, ont-elles seulement perdu leur brillant, sans jamais arriver à la rugosité de la surface. Hazard Mirault, qui employait les anciens émaux, déclare dans son *Traité de l'œil artificiel*, qu'au bout de six mois, leur dégradation était telle qu'il fallait les remplacer sans plus tarder.

§ II. De l'œil artificiel humain, au triple point de vue de la restauration physionomique et de ses propriétés prophylactiques et thérapeutiques.

Si nous nous rappelons l'insuffisance des restaurations artificielles oculaires, et l'effet défectueux et si étrangement saisissant qu'elles présentaient ; si nous envisageons l'ancien œil artificiel au point de vue des altérations plus ou moins graves qu'il déterminait dans l'orbite ; si nous examinons cette coque ovalaire comprimée, qui, ne répondant point à la sphéricité bulbaire, exigeait la réduction considérable du moignon, quand elle aurait dû, par une conformation appropriée, s'adapter avec précision à un moignon volumineux, principe absolu du mouvement ; si, disons-nous, nous arrêtons notre attention sur ces faits, nous ne pouvons nous étonner de ce qu'on était, en général, dans l'obligation de soumettre à des opérations chirurgicales préparatoires, toujours cruelles, les personnes que les suites d'un accident ou d'une maladie forçaient à recourir aux ressources de l'art qui nous occupe. Cette obligation était d'autant plus impérieuse, que la prothèse proprement dite était inconnue des artistes chargés de la fabrication de l'œil artificiel, et que la mission du chirurgien, s'arrêtant au seuil de l'atelier, ne pouvait pas plus descendre aux travaux de manipulation que l'artiste ordinaire ne pouvait monter au sanctuaire de la science.

Aujourd'hui, la coque primordiale que nous venons de mentionner est remplacée, du moins pour la plupart des cas, par une capsule, tantôt globulaire, tantôt hémisphéroïdale, diversement découpée. Une méthode d'appropriation individuelle en règle les dispositions, et fait de la prothèse oculaire un art nouveau, sinon une nouvelle branche de l'ophthalmologie, que nous avons classé sous la dénomination nouvelle d'*Ocularistique*.

Les moignons volumineux, loin de présenter le moindre obstacle, sont devenus le moyen d'une complète similitude et d'un mouvement parfaitement isochrone de la part des deux organes, au point qu'on peut dire aujourd'hui que, quelles que soient les complications pathologiques qui peuvent se présenter, pourvu cependant que le volume normal de l'organe n'ait point subi d'augmentation trop notable, les opérations chirurgicales préparatoires ont cessé d'être nécessaires. L'œil artificiel, objet d'une étude plastique pour chaque patient, s'adapte exactement et se meut par l'action du bulbe, qui n'en reçoit plus aucune irritation, aucune gêne.

On voit qu'il ne suffisait pas d'imiter plus ou moins parfaitement les différentes parties visibles de l'œil humain : il fallait, en effet, par de rigoureuses conditions d'appropriation, l'ajuster aux diverses configurations pathologiques, de manière à satisfaire aux prescriptions prophylactiques et d'innocuité, aux besoins d'une rigoureuse hygiène et à l'urgence d'une complète restauration physionomique.

La prothèse oculaire ne consiste donc plus dans l'application pure et simple de cet œil artificiel, de conformation unique, lequel, n'offrant de différence que dans les couleurs et les proportions, était jeté à profusion dans le commerce; elle réside aujourd'hui dans la connaissance de règles imprimant à la matière les modifications de forme qu'exigent les différents états de l'organe, et dans l'étude des proportions et des divers accidents de surface que l'œil peut présenter.

Avant d'établir les bases de la méthode qui nous occupe, nous dirons quelques mots de l'œil artificiel, sous le rapport dynamique, question ayant pour conséquence trois points également importants : la coïncidence dans le mouvement des yeux, les lois établissant l'harmonie du visage, enfin le rôle que joue cet appareil dans l'expression de la physionomie.

1. *Mobilité.* — Si la mobilité de l'œil artificiel est la conséquence du mouvement du moignon sur lequel il est appliqué, elle est aussi en raison directe de la précision avec laquelle la cavité en est ajustée sur la partie antérieure du bulbe; de la disposition des sinuosités inférieures, et du système d'isolement de ses sections supérieures, temporales et caronculaires. Cet arrangement, observé d'une manière rationnelle, fait que l'œil artificiel prend son équilibre sur sa section palpébrale inférieure, en reposant sur la région correspondante du repli conjonctival.

Ce n'est donc point par une action mécanique que l'œil artificiel se maintient dans la position horizontale qui lui est propre. Il est au contraire abandonné à lui-même, et la disposition générale de son contour, combinée avec le contrepoids qu'établit sa partie la plus épaisse, c'est-à-dire sa partie cornéo-irienne, le maintient horizontalement sur sa section palpébrale inférieure dans un parfait état d'équilibre. C'est ainsi qu'il cède à l'impulsion des mouvements qui lui sont communiqués, sans qu'aucun obstacle puisse s'y opposer.

1. *Isochronisme.* — Si la mobilité de l'œil artificiel est d'une absolue nécessité, nous devons reconnaître que la concordance dans le mouvement des deux yeux est tout aussi indispensable, parce qu'elle est le principe direct et inséparable de l'expression.

La discordance dans les mouvements de ces deux organes donne en effet une désespérante expression à la physionomie. L'isochronisme résultera toujours d'une juxtaposition de l'émail sur son centre de gravité; dans cet état, et par rapport aux différentes épaisseurs de la pièce et aux sinuosités de son contour, la force centrifuge agira à l'aide de la pression des paupières, et d'une manière absolue sur la direction qu'il doit affecter. On comprend, d'après cette règle, qu'il y a loin de la mobilité de l'œil artificiel ordinaire à l'isochronisme auquel l'art peut et doit atteindre.

3. *Harmonie.* — Aux considérations que nous venons d'exposer se joignent des conditions d'un ordre tout différent, et qui seules peuvent rétablir l'harmonie du visage, en donnant aux deux yeux cette unité de sentiments qui constitue le prestige de l'art nouveau.

L'œil artificiel ne doit point fixer l'attention; l'effet n'en doit être ni confus, ni contradictoire. Convenablement approprié, il doit faire naître l'impression, on peut dire divine, que nous communiquent deux yeux naturels expressifs. Il faut que l'unité du visage soit telle, que l'œil artificiel complète un tout d'un ensemble parfaitement homogène.

4. *Expression.* — La mobilité, l'isochronisme et l'harmonie n'étant qu'accessoires aux mouvements expressifs, nous devons bien caractériser ici le rôle que joue l'œil dans la physionomie.

Disons d'abord que, dans l'artifice comme dans la nature, le globe oculaire

ne joue en lui-même aucun rôle principal ; c'est-à-dire que, dans la puissante mobilité de l'expression caractérisant la face humaine, le jeu en est purement secondaire. L'expression de l'œil artificiel, participant du jeu de l'œil naturel, est toute dans la mobilité musculaire de la face. C'est à la contraction, tantôt isolée, tantôt simultanée de ses différents muscles agissant sur les coins de la bouche, et principalement sur les paupières et les sourcils, centre de la mobilité physionomique, que la face doit sa grande puissance d'expression ; or, si l'œil artificiel et l'œil naturel ne se partagent ici qu'une mission accessoire, c'est à ne gêner en rien l'action vitale musculaire que l'on doit porter toute son attention. C'est alors que, cédant à la moindre impression des forces motrices qui le mettent en jeu, cet appareil pourra concourir, sans différence aucune avec l'œil naturel, dans le jeu de la physionomie.

Ce but sera donc atteint si, pouvant céder aux impulsions des diverses parties du visage, l'œil artificiel a reçu dans sa conformation toutes les nuances de la plastique, qu'un ocularisté, maître de son sujet, sera toujours à même d'observer, en y donnant les rapports de constitution sympathique que prescrivent les règles que nous venons d'énoncer.

§ III. Utilité au point de vue des rapports sociaux.

L'utilité de l'œil artificiel est appréciée de tous ceux qui comprennent combien les infirmités du visage entravent les carrières, et combien est pénible cette lutte continuelle entre les mauvais effets de la physionomie et le besoin de plaire, auquel chacun de nous est soumis. L'homme ne peut s'en défendre en face de ceux qu'il fréquente ou qui l'entourent; l'employé a besoin de plaire à ses chefs, l'ouvrier à ses maîtres, l'homme à sa femme, la femme à son mari, et les jeunes gens entre eux vivent sous cette même impression, objet incessant de leurs plus chères préoccupations.

L'état de physionomie dans lequel nous nous présentons joue un très grand rôle dans le succès de toutes nos entreprises; et quand on néglige d'en dissimuler les altérations, ou qu'on se contente d'une restauration approximative, le cœur peut-être brisé, et la plus belle carrière perdue sans retour. Tout est positif dans l'existence de l'homme, et nous savons aussi qu'il n'est favorablement remarqué, dans ses rapports sociaux, que par la tenue, le bon ton, et principalement la régularité des traits; il en est assurément de même de la femme, qui doit le prestige de sa puissance aussi bien aux charmes de son visage qu'aux qualités de son esprit et de son cœur.

§ IV. De l'ancien œil artificiel.

Guidé par l'esprit synthétique, auxiliaire indispensable de toutes conceptions, je suis arrivé, par la déduction rigoureuse d'observations diverses, à faire de la prothèse oculaire, naguère reléguée au rang des arts manuels, une sorte d'organisme, un tout pour ainsi dire vivant, où chaque partie, considérée sous le double rapport de cause et d'effet, trouve sa place assignée et sa fonction propre.

La prothèse oculaire ayant effectivement pour but le rétablissement physionomique, vivace, des parties oculaires et de quelques-unes de leurs fonctions organiques, les conditions auxquelles elle s'applique ressortissent aux prescriptions générales de la thérapeutique chirurgicale. Nous devions donc établir des règles invariables et précises, et pour cette raison nous avons basé notre méthode d'appropriation sur une graduation comparative de l'œil humain.

Chose étrange ! la prothèse oculaire, conquête de la science sur les infirmités humaines, et dont l'utilité a toujours dû être profondément sentie, paraissait condamnée, jusque dans ces derniers temps, à une perpétuelle enfance. L'emploi constant d'un œil artificiel de forme unique, invariable, empruntée aux anciens Égyptiens, la réduisait à se mouvoir dans un cercle vicieux qui semblait fermé à tout espoir de perfectionnement.

La perte de l'œil amène en effet, dans la disposition des parties lésées, de grandes variétés dont chacune, au point de vue de la prothèse, exige impérieusement une conformation particulière. Rien n'eût été plus rationnel que l'emploi du type primordial, si la prothèse avait dû s'effectuer sur le vivant de la même manière que les Égyptiens la pratiquaient sur leurs momies, c'est-à-dire par la substitution au globe de l'œil d'une coque d'émail répondant, par sa forme et ses proportions, à la disposition d'une cavité orbitaire pour ainsi dire dépourvue de moignon. Mais, à notre avis, les avantages d'une semblable restauration physionomique ne sauraient compenser les douleurs de l'amputation du globe oculaire, et il nous semble qu'il vaut bien mieux, pour éviter le bistouri du chirurgien, *non pas disposer l'œil perdu à recevoir l'émail, mais bien approprier l'émail à l'œil perdu, tel qu'il est, tel que la maladie ou l'accident qui l'ont pour ainsi dire frappé de mort nous l'ont abandonné.*

Nous avons dit que chaque cas présente des configurations différentes, souvent même opposées : le moignon oculaire, tantôt volumineux, tantôt saillant ou enfoncé, de forme conique, arrondi chez les uns, plus large transversalement chez les autres, offre à sa surface des accidents réunis ou isolés; les paupières plus ou moins écartées, rétrécies ou dilatées, décrivent des courbes de différents diamètres, et le repli conjonctival enfin, sous l'influence du travail de cicatrisation, subit des déplacements et des modifications très variables.

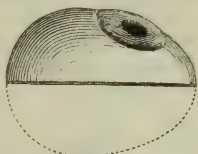
La diversité que présentent ces accidents dans leurs proportions ou leurs arrangements, diversité souvent réelle, là encore où les dispositions générales semblent être les mêmes, est tellement grande et exige de telles variétés dans la conformation de l'œil artificiel, qu'il faut en modifier l'arrangement pour ainsi dire pour chaque sujet. Aussi, les figures que nous donnons plus bas auront-elles simplement pour objet de fixer les principes de ma méthode, parce que les modifications qui peuvent en découler, se multipliant à l'infini, exigeraient ici un trop grand développement de mon sujet.

Les états que nous venons de citer se compliquent encore considérablement, et sous des formes particulières, à la suite de brûlures, comme aussi chez les hommes que les événements de la guerre ont frappés dans cet organe essentiel. A son retour de la Crimée, l'armée française m'en a fourni, aux hôpitaux militaires de Paris, des exemples, heureusement moins nombreux que l'on n'avait lieu de le craindre.

Essayait-on sur des moignons appréciables l'application de l'ancienne coque prothésique, il en résultait des irritations, d'abord intolérables et qui ne s'émoussaient, au bout de quelque temps, que pour faire place à un état de suppuration qu'aucun traitement ne pouvait arrêter.

On a toujours confondu l'action mécanique de l'œil artificiel avec une prétendue irritabilité organique chez certains individus. L'un des ophthalmologistes les plus éminents de notre époque, M. le professeur Mackenzie, a décrit l'œil artificiel dont nous parlons, et il cite en ces termes des circonstances dans lesquelles il suppose que son emploi serait nuisible : « Dans quelque cas, dit-il, il faut renoncer à son usage, soit à cause de la grande irritabilité du malade, qui détermine une douleur et un épiphora que rien ne peut faire cesser, soit en raison de la nature de la maladie qui a amené la perte de l'œil. »

Ici l'effet est évidemment pris pour la cause, parce que l'œil artificiel n'agit aujourd'hui comme corps étranger qu'autant que, par des vices d'appropriation, son contour établit une pression partielle ou générale sur le bulbe, pression toujours douloureuse, et qui sera d'autant plus forte que les paupières auront subi un plus grand rétrécissement. Les mouvements du moignon déterminent d'ailleurs un frottement très prononcé, qui devient une seconde cause de l'irritation mécanique.


Fig. 1.

Nous ne croyons pouvoir mieux caractériser l'ancien œil artificiel que par les noms de capsule elliptique, de coque semi-ovoïdale, qui lui sont donnés dans les dictionnaires de médecine. Ce type, unique, offrait effectivement une conformation semblable à celle d'une moitié d'œuf d'oiseau. (Voyez fig. 1.)

On voit par ce dessin que la coupe d'un œuf, prise dans sa longueur, donne deux capsules identiques : ce qui explique cette dénomination de *capsule elliptique*, donnée par les auteurs à un appareil tel que je le trouvai au début de ma carrière, tel qu'il resta encore jusqu'en 1841, époque à laquelle je songeai à le changer complétement.

Cette capsule primordiale, rationnelle à l'origine, puisqu'elle avait seulement pour objet de répondre à l'unique disposition d'une cavité orbitaire contenant un moignon oculaire réduit à un faible noyau, amenait dans les cas contraires, tant sous le rapport de l'état physionomique que sous celui de l'hygiène et de la conservation des parties sur lesquelles elle était apposée, les résultats déplorables que nous avons cités plus haut.

Des altérations d'un autre ordre, résultant de cette même cause, consistaient dans la déformation générale ou partielle des paupières, l'ulcération ou l'induration de la conjonctive, la production de végétations fongueuses et de corps fibreux sur le bulbe ou sur les paupières, ou sur ces deux parties à la fois. La pression s'opérait-elle seulement sur la rigole conjonctivale? il en résultait par l'étranglement des vaisseaux sanguins la tuméfaction de toute la région oculaire.

Quand le désir de dissimuler la perte de l'œil conduisait quelques jeunes gens à supporter cet hôte incommode, on remarquait bientôt, soit la réduction du bulbe, soit la trace, sur un ou plusieurs points de son diamètre, de sillons profonds semblables à ceux que les jarretières trop serrées ou liens d'assujétissement des jambes artificielles impriment aux parties du corps qu'ils compriment. J'ai vu des moignons oculaires devenus bilobés sous l'influence de la compression partielle de ces coques, et toujours ces dernières étaient pour ainsi dire noyées dans un liquide visqueux, d'apparence purulente.

Je ne puis taire ici la funeste ressource que l'on s'est créée à l'étranger de retailler sur un grès, à la manière des verres de lunettes, les yeux défectueux que l'on y fabrique, pour en réduire le volume ou en modifier le contour. La rugosité qui en résulte amène bientôt un rétrécissement de la cavité orbitaire, lequel conduit presque toujours à l'occlusion palpébrale.

Il en est de même des pièces usées que l'on fait repolir par les lapidaires et qui, quoique d'une action plus lente, n'en sont pas moins funestes.

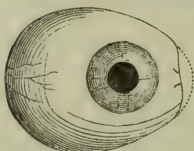
La fusion peut seule donner à l'émail le poli parfait que réclame son innocuité, et le seul remède est de remplacer l'œil artificiel aussitôt que l'humidité ou d'autres causes en ont détruit le poli.

Pour rendre aussi appréciables que possible les diverses phases des perfectionnements qui nous occupent, je diviserai cet exposé en trois périodes classées dans un ordre naturel.

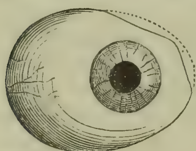
La première comprendra les modifications qu'a subies l'ancien œil artificiel (coque prothésique semi-ovoïdale); dans les deuxième et troisième, je décrirai les conformations globulaires et hémisphéroïdales; puis, je terminerai par la prophylaxie de l'œil artificiel, et la citation d'observations nouvelles sur les couleurs de l'œil dans les différentes races humaines.

PREMIÈRE PÉRIODE.

Premier perfectionnement de l'ancien œil artificiel. — Quoique cet appareil fût, par ses dispositions générales, d'une appropriation parfois rationnelle, sa section nasale, se terminant en pointe mousse, exerçait une action très fâcheuse sur la caroncule lacrymale; le plus simple raisonnement prescrivait donc l'échancrage de cette section, de manière à ce qu'elle pût joindre l'organe sans le blesser. (Voyez fig. 2.)


Fig. 2.

Deuxième perfectionnement. — Le second vice d'appropriation que je remarquai était relatif à la partie supérieure interne de la coque d'émail, qui comprimait en ce point la cloison osseuse de l'orbite, et y engendrait une douleur particulière, assez intense parfois pour faire évanouir le patient. Pendant longtemps, je crus que cet effet singulier ne pouvait être attribué qu'à une prédisposition morale, mais un examen attentif me fit remarquer que le point correspondant de l'émail exerçait une compression sur l'os unguis, qui devenait le siége d'une irritation mécanique très prononcée; dès lors, je fis subir à cette partie du contour de l'émail une déperdition de substance, et l'accident que je viens de signaler ne se reproduisit plus. L'œil artificiel, n'étant plus repoussé par le point comprimé, se maintient d'ailleurs plus facilement dans la position horizontale qu'il doit occuper. (Voyez fig. 3.)


Fig. 3.

Cette disposition, jointe à une réduction générale de la section supérieure, facilite sa mobilité, en faisant disparaître les obstacles qui entravaient ses mouvements ascensionnels.

Dans les diverses descriptions qui ont été publiées, on a dit que la section palpébrale inférieure de cette coque était en tous cas moins grande que la section opposée; cette interprétation, qui n'est relative qu'aux rétrécissements de la partie inférieure de l'orbite, fait naître encore chaque jour des erreurs qu'il est bon d'éviter.

Troisième perfectionnement. — Le dernier point d'attache de l'émail laissait un partie rugueuse que l'on se bornait à adoucir sur une pierre à rasoir! A présent, elle est parfaitement polie par la fusion.

Quatrième perfectionnement. — On sait que les objets composés uniquement de matières vitrifiées sont sujets aux ruptures spontanées si, par un brusque refroidissement, leurs parties moléculaires n'ont pu se rapprocher dans le sens qui leur est propre. Or, on sait aussi que les yeux artificiels qui nous occupent avaient ce grave inconvénient : aujourd'hui, les pièces étant achevées par une parfaite recuisson, ces sortes de ruptures ne sont plus à craindre.

Cinquième perfectionnement. — Si l'œil artificiel de conformation semi-ovoïdale a été le premier jalon de ma méthode, je dois dire qu'avant toute autre étude, les diverses corrections qu'exigeait son emploi furent pour moi l'objet d'une attention sérieuse. C'est ainsi que, ne m'occupant alors que des

différentes conditions pathologiques de l'orbite, de ses rétrécissements partiels ou généraux, des rétrécissements des paupières (conséquence de la perte de leur point d'appui), je reconnus bientôt la nécessité des règles d'appropriation propres à ces divers états. Ces règles, je les établis sur un calcul géométrique qui, fractionnant les sections des pièces, me permit de les mettre en coïncidence parfaite, sans qu'elles pussent imprimer sur les parties molles des pressions partielles, capables de déplacer l'axe visuel, ou d'imprimer la moindre perturbation à l'organe et à ses fonctions.

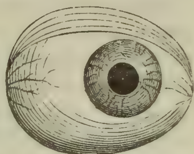


Fig. 4.

Par les lignes tracées sur les figures 4, 5 et 6, on voit que trois points seulement de cette capsule sont susceptibles de réduction; la section caronculaire restant dans tous les cas à peu près la même.

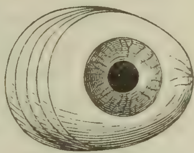


Fig. 5.

Jusqu'à présent, nous avons supposé des paupières présentant une cavité libre de toute entrave; mais, comme il arrive que les fongosités qui en garnissent le fond offrent des irrégularités mamelonnées, des saillies ou entraves résultant de fausses membranes qui souvent intéressent les paupières, il fallait pouvoir réduire partiellement et à volonté, par des échancrures plus ou moins étendues, les points correspondants du pourtour de la coque. La fig. 7 est un exemple entre mille des modifications que l'on peut et doit faire subir au contour de l'émail.

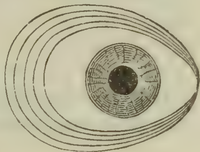


Fig. 6.

Il est une série de complications qui trouvent également ici leur place : nous voulons parler des rétrécissements considérables de l'orbite, pouvant résulter soit d'une opération chirurgicale ou de quelque maladie, soit de l'accident qui a causé la perte de l'œil, ou bien encore de l'usage prolongé d'émaux recoupés à la meule. On rencontre parfois, en effet, l'orbite tellement oblitéré, qu'au premier examen la prothèse paraît impossible. Cependant, comme il existe presque toujours de petits creux isolés, un nouveau mode de soutènement et de retenue me conduisit encore à d'assez bonnes restaurations. Des appendices, ménagés au pourtour de la coque (Voyez fig. 8), sont introduits dans les cavités partielles que je viens de citer, et la coque se trouve ainsi maintenue avec solidité.

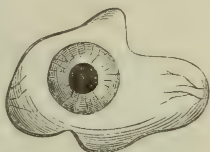


Fig. 7.

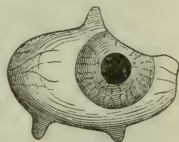


Fig. 8.

Les fausses membranes, nées de l'action du pourtour rugueux d'une pièce recoupée à la meule, sont ordinairement circulaires, et forment une sorte de rondelle qui adhère aux paupières; mais, comme elles n'adhèrent point au bulbe sur toute la circonférence, elles offrent des parties libres sur lesquelles des languettes contournées à l'intérieur viennent s'accrocher. (Voyez fig. 9).

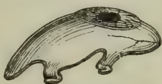


Fig. 9.

Les restaurations de cette sorte sont évidemment des plus singulières comme ressources mécaniques! Mais, puisque les opérations chirurgicales ne pourraient qu'appauvrir les ressources telles qu'elles se présentent, le moyen que je mets en pratique est au moins satisfaisant dans la plupart des cas.

DEUXIÈME PÉRIODE.

Sixième perfectionnement. — Les premières difficultés relatives à la série d'états pathologiques qui précèdent étant levées, mes tentatives se portèrent tout naturellement vers les moyens d'approprier l'œil artificiel à des moignons qui, par leurs proportions, pouvaient y imprimer une mobilité plus grande et moins discordante. Je fis donc des essais sur des bulbes réduits de moitié environ, et, les premiers perfectionnements aidant, je réussis à donner à la coque une conformation semi-globulaire qui, par les courbes de sa cavité interne et la proportion de son degré de bombement, emboîtent complétement le bulbe sans le blesser ni en gêner les mouvements.

Septième perfectionnement. — Quelle que fût la précision d'ajustement de la coque que je viens de décrire, il arrivait pourtant que le repli conjonctival se trouvât pincé d'une manière douloureuse entre le moignon et quelques points du contour de l'émail; j'obviai sans retour à cet inconvénient, en évasant légèrement le pourtour de la pièce, et cela de manière à ce que le repli de la conjonctive pût, de lui-même, suivre ces déplacements sans subir la moindre action mécanique.

TROISIÈME PÉRIODE.

Huitième perfectionnement. — Si les périodes que nous venons de parcourir sont heureuses en faits nouveaux, le progrès de l'art devait-il s'arrêter à leurs limites? Non! et nous pouvons dire que c'est à la dernière amélioration qui vient d'être signalée que nous devons d'avoir pu tenter les premiers essais sur des moignons volumineux, car la paroi de l'émail doit seule se trouver en présence de leur surface antérieure.

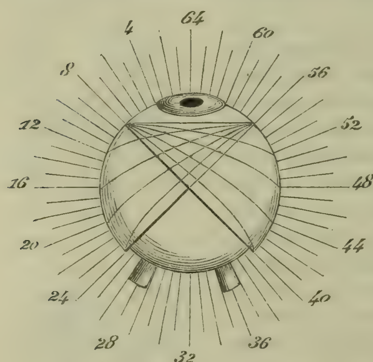
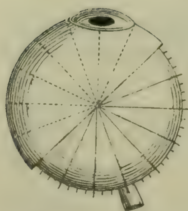
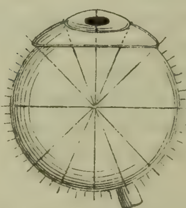


Fig. 10.


Fig. 11.


Fig. 12.

Dans ce cas, en effet, la mobilité devait être complète, et la similitude aussi parfaite qu'il était possible de le désirer. Ici commence donc un nouvel ordre de recherches qui devaient, il est vrai, coûter des années de tâtonnements, d'études assidues, mais dont le succès pouvait conduire l'art jusqu'à la plus parfaite imitation de la nature. C'est alors qu'il nous vint à l'idée d'établir une échelle de réduction du globe de l'œil, déterminant les proportions de courbes et de développements des sections de la capsule prothésique, et qui seules pouvaient la mettre en parfaite coïncidence avec les règles d'appropriation. (Voyez fig. 10, 11 et 12.)

Neuvième perfectionnement. — Quoi qu'il en fût des ressources que l'art avait successivement acquises, j'avais cru jusque-là à l'impossibilité de l'adaptation de coques artificielles sur des bulbes ayant conservé tout ou partie

de la cornée, parce que l'irritabilité naturelle de cette membrane devait en rendre le contact intolérable; mais, en pratiquant une cavité partielle au centre de l'émail, je pus isoler le corps étranger et le rendre tout aussi supportable que dans les cas de désorganisation complète de cette partie de l'œil.

Dixième perfectionnement. — Si l'expérience avait définitivement consacré la pratique de la prothèse sur des moignons volumineux, puisqu'il était prouvé que le corps étranger connu sous le nom d'œil artificiel n'avait besoin, pour ne plus agir mécaniquement, que d'être soumis à une parfaite appropriation, nous nous demandâmes s'il ne pourrait être appliqué avec le même succès sur des staphylômes peu proéminents? Les expériences, quoique peu encourageantes au début, ne furent cependant pas moins heureuses dans leur résultat que celles faites sur les bulbes légèrement hypertrophiés.

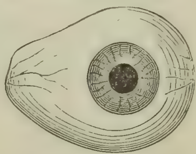
Puisqu'en disposant de la matière vitreuse à volonté, il suffisait de la soumettre aux lois de la plastique, devions-nous reculer devant une étude qui, encore une fois, pouvait nous conduire à éviter l'emploi du scalpel. La persévérance a prouvé une fois de plus que, sans elle, aucun succès n'est possible.

Il y a quinze ans environ, une intéressante personne fut l'objet de notre premier succès. Non-seulement le globe de l'œil fut et resta parfaitement insensible à la présence de l'émail, mais le staphylôme qu'elle portait, et dont quelques traces existent encore, fut successivement réduit par une compression graduée; le centre de l'œil artificiel, qui offrait d'abord une cavité centrale, dans laquelle j'avais logé la tumeur, fut progressivement modifié et se trouve aujourd'hui presque aplani.

Le fait que j'expose est sans aucun doute palpitant d'intérêt. J'avais encore en ma présence il y a quelques jours la personne qui en fut l'objet, et elle offre aujourd'hui le plus bel exemple d'une parfaite restauration.

En signalant ces faits au Congrès, mon intention a été de fixer l'attention de ses membres sur la valeur actuelle de la prothèse oculaire, et de bien établir qu'*il n'est plus désormais nécessaire de pratiquer une opération chirurgicale préparatoire à la prothèse, si ce n'est dans les cas d'hypertrophies prononcées, ou de staphylômes capables de produire une trop grande propulsion de l'œil artificiel.*

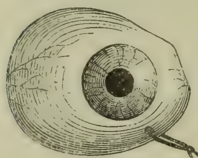
Onzième perfectionnement. — Un fait non moins intéressant, que la progression des améliorations pouvait également rendre abordable, est celui relatif aux moignons strabiques; mais je dois dire que la route du progrès, frayée par mes précédents travaux, en facilita singulièrement l'étude. Je me bornai à transposer les proportions des sections de l'œil artificiel dans leurs dispositions ordinaires, et l'on voit déjà qu'il suffisait de donner à la partie correspondante à la déviation de l'axe une étendue comparative et de réduire celle qui y est opposée. La fig. 13 est relative à un strabisme convergent.


Fig. 13.

Douzième perfectionnement. — Les propriétés prophylactiques de la prothèse oculaire, son utilité dans la restauration du visage étant suffisamment appréciées, il nous reste à dire quelques mots de l'œil artificiel chez les enfants : on sait que, par la réduction bulbaire, l'arrêt partiel de développement qui en est la conséquence déforme successivement la face au point d'en contourner les traits. Évidemment la prothèse eût été vulgarisée pour ces petits êtres, si les moyens d'action dont nous disposons aujourd'hui eussent été connus.

Introduire un œil artificiel sous les paupières d'un enfant, alors que cet appareil se trouvait dégagé de toute imperfection, n'avait rien de difficile; mais son extraction durant l'étude d'appropriation était tellement difficul-

tueuse que, sans un moyen exceptionnel, il m'eût sans aucun doute fallu y renoncer aussi, car aucun raisonnement ne pouvant dissiper la frayeur que la présence d'un instrument excite en eux, ma première tentative, je le répète, eût sans aucun doute également échoué, s'il ne me fût venu à l'idée de mettre l'enfant en mesure de pouvoir retirer sa pièce lui-même.


Fig. 14.

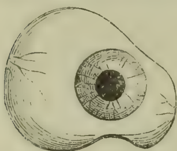
Dans un pertuis pratiqué à la section inférieure interne de l'œil artificiel, je passe une anse de soie. (Voyez fig. 14), qui pend d'un centimètre environ sur la joue et me permet de l'extraire avec la plus grande facilité. L'enfant lui-même s'habitue à cet exercice et finit par s'en faire un jeu. On supprime cet auxiliaire au bout de quelques semaines.

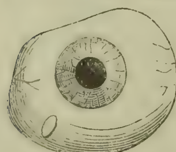
La première application de ce genre fut faite à Bruxelles en 1841 sur une petite fille, qui est aujourd'hui l'une des plus belles personnes de son pays.

Treizième perfectionnement. — Jusqu'à ce jour la section inférieure de l'œil artificiel avait, par son peu d'épaisseur, une propriété irritante sur le repli conjonctival qui, à la longue, en diminuait de profondeur; actuellement le bordage de cette partie en double l'épaisseur, et cet inconvénient n'existe plus.

Quatorzième perfectionnement. — Il est certains états pathologiques qui, par leur étendue et leur nature, sont d'un aspect des plus repoussants; tels sont quelques résultats de brûlures ou d'affections cancéreuses cicatrisées, ayant amené, en tout ou en partie, la destruction des paupières (ablépharon). Tels sont aussi les ravages résultant de coups de feu, soit à l'armée, soit dans les mines; pour ces cas, la coque prothésique est revêtue de paupières en émail, ou n'en représente que la partie nécessaire.

Quinzième et seizième perfectionnements. — Quoique parvenu à une appropriation rationnelle de la coque originaire, par des améliorations que nous avons exposées aux premier, deuxième et cinquième perfectionnements, il nous restait à en dégager l'usage d'un vice des plus désagréables. Nous voulons parler des liquides lacrymaux qui, séjournant entre le noyau bulbaire et l'émail, avaient le double inconvénient de s'échapper brusquement par les mouvements ascensionnels; la décomposition, leur donnant d'ailleurs une grande âcreté, attaquait très promptement le poli de l'émail et en maculait la surface de mucosités qui, principalement vers la soirée, devenaient d'un aspect très malpropre. A l'aide d'une échancrure ou d'une perforation latérale, je suis parvenu à éviter ces inconvénients : les liquides, incessamment portés vers le canal lacrymal, rétablissent les fonctions absorbantes de cet organe, ce qui rend impossible l'accumulation des larmes dans la cavité de l'œil artificiel. (Voyez fig. 15 et 16.)


Fig. 15.


Fig. 16.

§ V. Propriétés prophylactiques et thérapeutiques de l'œil artificiel.

La prothèse oculaire n'a pas seulement pour objet de cacher la difformité qui résulte de la perte d'un œil : elle protège encore l'organe contre les agents extérieurs.

Lorsque l'atrophie est considérable, l'orbite, privé de son point de résis-

ance, devient le siége de déformations d'autant plus prononcées que la réduction est plus ancienne.

Une grande perturbation dans les fonctions se manifeste. Les paupières, privées de leur point d'appui, s'enfoncent dans l'orbite et perdent l'élasticité nécessaire à leur mouvement. Par cet affaissement, les larmes n'étant plus dirigées vers les conduits absorbants, séjournent dans l'orbite, se décomposent sous l'influence de la chaleur et de l'oxygène, s'acidifient et plongent ainsi les cils et la muqueuse dans un état permanent d'irritation, qui a pour résultat presque inévitable le trichiasis ou l'entropion.

De ces diverses affections résultent des exhalaisons fétides et des céphalalgies, dont l'intensité est en raison directe de l'énergie des causes qui les produisent.

A ces états, que complique encore l'action des courants d'air et des corpuscules poussiéreux s'introduisant sous les paupières, vient s'ajouter celle de la lumière sur des moignons auxquels certains états anormaux de leurs parties internes donnent une grande sensibilité.

C'est ici que la thérapeutique et la prophylaxie de l'œil artificiel se manifestent le plus favorablement, en amenant par sa protection et le rétablissement des fonctions lacrymales la disparition instantanée de ces diverses affections. La sphéricité de sa coque, offrant en effet un soutien aux paupières, restitue bientôt à celles-ci l'élasticité propre à leurs mouvements, et à la glande lacrymale la compression qui lui est nécessaire.

Dans les cas d'entropion, la pression qu'exerce la section palpébrale inférieure de l'émail sur la muqueuse conjonctivale redresse la paupière correspondante par une action mécanique spontanée, et le trichiasis disparaît avec la même promptitude par le simple effet propulsif de sa convexité.

L'appareil qui nous occupe est encore appelé à figurer comme auxiliaire utile dans des cas où les avantages n'en peuvent être contestés. Les granulations, conséquence de l'ophthalmie militaire, se sont fréquemment présentees dans ma pratique, principalement en Belgique et dans les Pays-Bas, sur des individus privés d'un œil. Un fait digne de remarque, qui peut-être offrira quelque intérêt à la médecine, c'est qu'au bout de quelques jours de l'usage d'une coque artificielle, les granulations s'aplatissent, prennent un ton moins vif et, quinze jours après, il n'en reste plus vestige. Cette citation n'est point une remarque isolée, car le fait a toujours été invariablement le même chez tous ceux qui se sont présentés à moi dans ces conditions.

En prenant la coque d'émail en dehors de ses applications prothésiques, nous trouvons que, employée par segments de diverses formes, elle joue parfaitement le rôle d'isolateur pour empêcher le contact des paupières avec le globe de l'œil dans les cas de cautérisations profondes ou de débridements d'adhérences partielles et isolées. Nous avons d'ailleurs la croyance que des coques scléroticales, présentant à leur centre une large ouverture dans laquelle passerait la cornée de l'œil naturel, offriraient, pour quelques maladies, le moyen d'appliquer exactement les topiques et de les maintenir à demeure; méthode qui d'ailleurs conduirait probablement à de bons résultats dans les cas de granulations, en présence d'yeux susceptibles de guérison, et peut-être même aussi dans celui de l'ophthalmie purulente prise à son début.

§ VI. Formule d'instructions propres à diriger par correspondance l'exécution d'après nature de l'œil artificiel.

Cette formule a été adoptée et mise en pratique avec succès par les gouvernements français et étrangers.

France. *Ministère de la guerre et de la marine.* — Les militaires et les marins que les événements de la guerre ont frappés de la perte d'un œil seront conduits au cabinet de M. Boissonneau, rue de Monceau-St-Honoré, n° 11; mais, de tous les points éloignés, on dirigera l'exécution de l'œil artificiel d'après nature, par correspondance, en faisant connaître à M. Boissonneau : 1° Le côté *droit* ou *gauche*. — 2° La réduction du bulbe : elle sera *nulle*, d'un *tiers*, de *moitié* ou des *trois quarts*. — 3° Si l'on a *déjà* porté ou *non* un œil artificiel. — 4° Si l'œil sain est *proéminent*, de *saillie ordinaire* ou *enfoncé*. — 5° Le ton du blanc de l'œil sera *blanc pur*, *grisâtre*, *roussâtre* ou *bistré*. — 6° La couleur de l'iris sera *marron*, *café*, *verdâtre obscur*, *bleuâtre*, *gris ardoisé*, *gris roussâtre*, *claire*, *demi-ton* ou *foncée*. — 7° Le diamètre de l'iris et de la pupille s'indiquera par un trait de plume. — 8° La teinte de l'auréole pupillaire sera *roussâtre* ou *brun grisâtre*. — 9° Les *noms*, *profession*, *demeure* et *âge* du sujet. — 10° Enfin, le temps qui s'est écoulé depuis la perte de l'œil.

§ VII. Statistique.

La perte d'un œil est en général plus commune que l'on n'est porté à le croire. Il résulte en effet d'observations irrécusables que, en moyenne, on compte un borgne sur 150 personnes.

Cette proportion est en Angleterre de 1 sur 162. — En Autriche de 1 sur 169. — En Belgique de 1 sur 144. — En Danemark de 1 sur 158. — En Égypte de 1 sur 50. — Aux États-Unis de 1 sur 145. — En France de 1 sur 160. — Dans les Pays-Bas de 1 sur 146. — En Prusse de 1 sur 160. — En Russie de 1 sur 207. — Dans la Saxe-Royale de 1 sur 175. — En Suède et en Norwège de 1 sur 200. — En Suisse de 1 sur 149.

On voit par ces proportions que les habitants du Nord sont beaucoup moins assujétis aux affections des organes visuels que les peuples du Midi ; la Russie n'offre qu'un individu privé d'un œil sur 207, tandis que l'Égypte en compte 1 sur 50.

§ VIII. Coloration des yeux dans les différentes races humaines.

En observant isolément chacune des deux grandes divisions de l'espèce humaine, le blanc et le nègre, on est amené à se convaincre que la couleur des yeux est en rapport direct avec celle de la peau et des cheveux. Ainsi les cheveux naturellement blonds et lisses chez le blanc du nord sont généralement noirs et crépus chez le nègre africain, et les yeux qui, chez les premiers, sont d'un bleu parfois d'une grande pureté, se distinguent chez les seconds par un roux très foncé.

Mais les croisements, les migrations, les transplantations d'hommes dans des climats intermédiaires ont dû tout naturellement produire les dégradations de teintes dont nous remarquons les exemples chez les Européens.

Si certains peuples isolés, sédentaires, ont conservé à travers les siècles tous les caractères de leur nature première, il en est d'autres, en grand nombre, dont l'essence même du caractère primitif se trouve mélangée, perdue même, sous l'action du mouvement de sociabilité.

Il existe donc pour les yeux, de même que pour la peau et les cheveux, des espèces types bien distinctes, qui sont le type bleu et le type roux, et dont les variétés appartiennent aux contrées tempérées.

Nous devons cependant citer les exceptions que l'on remarque sur tous les points du monde, et que les déplacements partiels des peuples ont créées à cette règle : c'est principalement à Florence, à Malaga, à Alicante que se rencontrent des femmes blondes aux yeux bruns, d'origine grecque ; c'est en Suède, au milieu d'un peuple aux yeux bleus que l'on remarque également des hommes et des femmes aux yeux bruns, et dont les cheveux sont entièrement noirs, phénomènes qui d'ailleurs se manifestent à des degrés différents dans presque tous les pays. De même, dans quelques îles des Antilles, et principalement dans la Havane, on rencontre des métis dont les cheveux sont blonds, les yeux bleus et la peau colorée.

J'ai pu observer par moi-même toutes les variétés de teintes qui se rencontrent en Europe, et le mélange des deux couleurs types que je viens de citer m'a toujours conduit à l'imitation fidèle des variétés de coloration. Mais il me restait à étudier les couleurs appartenant aux différentes races qui peuplent l'Afrique et l'Amérique, et je serais encore dans la complète ignorance de faits intéressants sur ce point si, conduit par le dévouement à la science, un ophthalmologiste distingué, M. le docteur Carron du Villards, aujourd'hui inspecteur général honoraire du service de santé militaire mexicain, n'avait eu l'extrême obligeance de me communiquer successivement les observations que ses pérégrinations lointaines lui ont permis de multiplier.

Selon lui, toutes les races indigènes de l'Amérique ont les yeux brun noir bien plus foncés que ceux des nègres, avec la différence que la sclérotique est moins bistrée. Cette couleur est constante, soit que l'on ait à faire aux Indiens du Nord, dits *Peaux-Rouges*, soit qu'il s'agisse des Indiens du Sud.

Mais, par l'introduction dans le nouveau monde des hommes blancs et surtout des nègres, à part les croisements successifs singulièrement modifiés, cette couleur primitive a formé des types nouveaux, selon la nature des croisements.

Ainsi les métis, produits de l'alliance d'un indien avec un européen du nord (Anglais, Saxon, Suédois, Norwégien ou Danois), ont déjà subi dans la coloration de l'iris et de la sclérotique une variation notable. Le premier prend une teinte qui approche de la couleur ardoise foncée, la seconde devient plus bleuâtre et se trouve déjà privée de ces petits dépôts de pigment noir, errants chez tous les indiens, en quelques points de la conjonctive recouvrant la sclérotique. A un second croisement d'un blanc avec ce métis, cette coloration prend plus de consistance vers le type européen.

Le croisement du nègre et de l'indien donne un produit que l'on nomme Zambo : chez celui-ci, l'iris est bien plus noir que chez son père et sa mère. Pour apercevoir distinctement la pupille, il faut placer l'œil dans un jour convenable ; sans cette précaution, l'iris ne paraît qu'une membrane imperforée.

M. Carron du Villards a noté le même phénomène chez les produits de Caffres, de Chinois ou de Malais, dont il a vu un bon nombre, soit au cap de Bonne-Espérance, soit à Port-Natal.

Le croisement du nègre avec une mulâtresse, fille de blanc, forme un produit que, dans quelques pays, l'on nomme Tchino, et dans d'autres Griffon ; l'iris est moins noir que celui des Zambos.

Enfin, M. Carron du Villards a observé dans un dernier produit, celui du Zambo et de l'Apache ou du Comanche, Peau-Rouge des frontières du Mexique, que l'œil est brun foncé ; mais autour de la pupille il existe un petit cercle rayonnant d'un fauve jaunâtre.

Les Indiens du Mexique sont d'habiles souffleurs de verre; depuis très longtemps ils fabriquent des yeux artificiels pour leurs statuettes en cire, en argent et en bois; et, bien que cette fabrication soit dans l'enfance de l'art, M. Carron du Villards a cependant pu leur faire exécuter sous ses yeux des iris qu'il m'a transmis, et qui indiquent très bien les caractères de coloration que je viens de décrire.

Si j'ai été assez heureux pour élever une profession obscure au rang des arts utiles, et si je suis parvenu à venir en aide au médecin, dans les cas où celui-ci reste sans moyens d'action, je ne dois être arrivé à ce résultat qu'à la sollicitude des hommes haut placés dans l'administration médicale, et qui ont bien voulu honorer d'un bienveillant appui l'artiste dans ses débuts (1).

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DU STAPHYLOME

PAR LA MÉTHODE DE LA LIGATURE MODIFIÉE.

PAR JEAN-BAPTISTE BORELLI,

Docteur agrégé de la Faculté medico-chirurgicale de Turin, chirurgien de l'Hôpital des Saints Maurice et Lazare, etc.

Délégué au Congrès par l'Academie royale médico-chirurgicale de Turin.

(*Notice lue en Comité général le* 15 *septembre.*)

Le mémoire que je viens soumettre à votre appréciation n'est qu'un résumé d'un travail plus étendu, dont je m'occupe depuis plusieurs années, et que je livrerai à la publicité lorsqu'une plus longue expérience aura mieux confirmé tout ce que j'attends de mes études et de mes recherches, sur le traitement du staphylôme par un nouveau procédé opératoire.

Je me bornerai donc, Messieurs, à vous exposer simplement ici les résultats de mes observations cliniques, pour vous permettre d'apprécier la valeur de mon procédé, que j'ai déjà appliqué avec un succès plus ou moins complet, environ une quinzaine de fois.

Et d'abord, un staphylôme étant donné, quelle est l'opération que lui oppose l'art chirurgical pour s'en débarrasser? — Je dis à dessein s'en *débarrasser*,

(1) Ma conduite a éveillé la sympathie de bien des cœurs généreux parmi les membres du Congrès; bien des fois plusieurs d'entre eux m'ont sollicité en faveur des pauvres de leur pays; mais, l'homme ne pouvant produire qu'une certaine dose de travail, j'ai eu bien des fois la douleur de devoir refuser.

Aujourd'hui la question est changée! le désir de me rendre utile à un plus grand nombre a donné naissance à de nouveaux moyens d'exécution qui, produisant à l'infini, me permettent d'étendre mes services en faveur des pauvres de tous les pays.

Je saisis donc cette occasion d'informer MM. les membres du Congrès qu'ils pourront s'entendre avec moi pour l'organisation de services gratuits par correspondance dans les pays où je n'en ai point encore établi.

parce que malheureusement, dans le traitement du staphylôme, la chirurgie n'a encore rien obtenu jusqu'à présent de satisfaisant, et ce n'est qu'en sacrifiant presque tout l'organe de la vue, ce n'est que par une mutilation presque complète de cet organe, comme on le fait pour un membre frappé d'une maladie incurable, qu'on élimine le staphylôme. — La thérapeutique chirurgicale dans cette maladie n'est pas plus avancée qu'elle ne l'était il y a deux ou trois cents ans, si même elle n'a rétrogradé.

Il m'est sans doute pénible de venir prononcer un tel jugement devant vous, Messieurs, dont la chirurgie en général, et l'ophthalmologie en particulier, s'honorent avec un si juste orgueil de tant de travaux et de découvertes. Mais je tiens avant tout à l'histoire, et peu de mots suffiront pour vous convaincre que je ne me suis pas mépris dans mon appréciation.

A quoi se réduit en fin de compte le traitement du staphylôme? Plusieurs méthodes ont été proposées, et tour à tour admises et rejetées par les ophthalmologistes. La *compression*, la *ponction* de la cornée ou sa *paracentèse*, la *cautérisation*, l'*incision cruciforme*, la *récision* selon la méthode de l'honorable professeur de Darmstadt, M. Küchler, l'*excision* avec ses différents procédés et notamment celui de M. Quadri père, décrit par son fils dans les *Annales d'Oculistique* (juillet 1855), et enfin le *séton*, recommandé dernièrement par le professeur Flarer, de Pavie, etc., voilà les méthodes les plus générales, et qui ont prévalu depuis que l'ophthalmologie est rentrée dans le domaine de la science chirurgicale.

Cependant, la méthode plus généralement suivie et adoptée par la grande majorité des chirurgiens est celle de l'excison avec toutes ses modifications réclamées par les différents cas spéciaux; elle est restée comme méthode générale, et c'est contre elle, c'est-à-dire pour éviter ses trop graves inconvénients, et afin de la remplacer par une autre, que je viens ici réclamer votre attention.

Qu'obtient-on par la méthode de l'*excision* dans le traitement du staphylôme? « Son but, a dit M. Velpeau, est de *vider l'organe, d'en produire l'atrophie, de le transformer en un simple moignon capable de supporter un œil artificiel. C'est donc une dernière ressource qu'il n'est permis de tenter qu'en désespoir de cause.* »

Et, en effet, en pratiquant l'excision, soit selon le procédé recommandé par Celse (1), soit selon le procédé plus généralement suivi, et qui consiste à faire l'excision à la base du staphylôme, à quelques millimètres de la sclérotique, on risque souvent, d'une part de donner lieu à la reproduction de la maladie, de l'autre de provoquer la sortie du corps vitré et la perte totale de l'organe.

Supposons maintenant que ces deux inconvénients puissent être évités, on aura encore à craindre les conséquences du traumatisme de l'œil. « *A la suite de cette récision*, a écrit M. Desmarres, *il se manifeste ordinairement une inflammation assez vive de toutes les parties contenues dans l'orbite, de la fièvre, de la céphalalgie, et quelquefois même des symptômes beaucoup plus graves.* »

Du reste, même en supposant que la réaction traumatique de l'organe de la vue, après l'excision, soit très légère et bien supportée par le malade, celle-ci aura toujours un dernier inconvénient, très grave et tout à fait inévitable, celui de soumettre l'œil à un travail de suppuration, dont la propagation ne

(1) Curatio duplex est : Altera ad ipsas radices per medium transuere acu, duo lina ducente : deinde alterius lini duo capita ex superiore parte alterius ex inferiore adstringere inter se, quæ paulatim secando id excidant — Altera, in summa parte ejus ad lenticulæ magnitudinem excidere, dein spodium aut cadmium infricare......

CELSUS, *De staphylomate medicinæ, lib.* VII.

pourra pas être limitée à tel ou tel tissu, à telle ou telle profondeur, et dont la conséquence la plus ordinaire sera la fonte et la perte totale de l'organe de la vue.

Un dernier inconvénient, que je ne mentionnerai qu'en passant, c'est encore l'hémorrhagie qui, particulièrement dans l'enfance, est quelquefois assez considérable et assez inquiétante pour que l'opérateur cherche à l'éviter en épargnant les tissus profonds de l'œil.

Or, tandis que tous ces inconvénients sont éludés ou de beaucoup amoindris par le nouveau procédé opératoire, j'espère vous convaincre que celui-ci est encore supérieur à l'excision : 1° par le moindre degré de difformité qui en est le résultat, le globe oculaire étant conservé ; 2° par la possibilité d'une prothèse oculaire plus parfaite, et 3° parce que, dans certains cas, il laisse l'œil dans des conditions qui permettent de le soumettre à une opération, dans le but de rétablir la vue.

Dans les temps anciens et jusqu'aux siècles derniers, il y avait pour le traitement du staphylôme une méthode qui partageait avec les autres, et spécialement avec l'excision, son application, ses succès ou mieux encore ses revers. Cette méthode était celle de la *ligature*, décrite par Celse avec la laconique clarté qui lui est habituelle, et avec de plus amples détails par ses successeurs.

Celse traversait le milieu du staphylôme par sa base avec une aiguille qui portait deux fils, dont il se servait pour lier les parties supérieure et inférieure du staphylôme. Ce procédé offrait un inconvénient très essentiel; le fil glissait très facilement sur le staphylôme et n'en pouvait pas assez embrasser la base.

Les successeurs de Celse, Aëtius, Paul d'Egine, Albucasis, jusqu'à Dionis, ont rendu cette opération beaucoup plus compliquée et plus difficile. En effet, les uns employaient deux aiguilles avec leurs fils et, après la ligature, coupaient le staphylôme et ôtaient les fils; les autres pratiquaient la ligature sans épingles, ou se servaient d'une pince pour faire glisser un nœud coulant tantôt d'un coup, tantôt petit à petit ou par degrés, etc. Toutes ces méthodes, très imparfaites dans leurs applications, avaient le grave inconvénient d'être la source d'une très forte irritation portée sur le globe oculaire staphylomateux.

Telles sont les raisons qui ont dû faire abandonner la ligature pour faire place aux méthodes qui, dans ces derniers temps, se sont succédé dans le traitement du staphylôme, et dont l'excision est presque seule restée dans la pratique.

Eh bien! c'est précisément la méthode de la *ligature, modifiée selon mon procédé*, qui a pour but d'éviter tous les inconvénients inhérents aux autres méthodes. Voici en quoi elle consiste :

Les instruments nécessaires pour cette opération sont : 1° deux épingles suffisamment longues et très fines — les épingles à insectes peuvent très bien servir au besoin ; 2° une pince porte-épingles; 3° un fil de soie comme pour la ligature d'une artère de moyen calibre.

Le malade étant couché sur le dos et la tête renversée sur un oreiller, on fait tenir bien élevée par un aide la paupière supérieure, tandis que l'opérateur s'empare de la paupière inférieure en appuyant le bout des doigts entre la base de l'orbite et le globe oculaire pour le fixer, précisément comme pour l'opération de la cataracte. Alors, avec l'autre main armée d'une épingle montée sur la pince, le chirurgien embroche la base du staphylôme, à une distance de la sclérotique que j'indiquerai tout à l'heure, à l'angle externe de l'œil entre le diamètre horizontal et le vertical, de bas en haut et de dehors en dedans, fai-

sant sortir la pointe avec une portion de l'épingle au côté opposé ou à l'angle interne, et laissant l'épingle implantée. Après cela, sans désemparer, il enfonce une autre épingle au même angle de l'œil, de haut en bas et de dehors en dedans, de manière à faire une croix avec la première et à représenter un X sur l'œil, comme on peut voir sur la figure n° 1, qui représente le premier temps de l'opération.

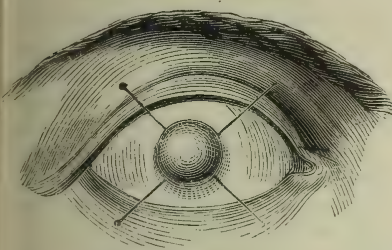


Fig. 1. Premier temps de l'opération.

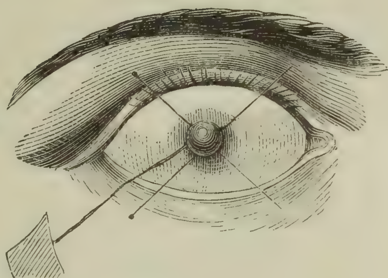


Fig. 2. Second temps de l'opération.

Cela fait, on porte le fil de soie derrière les épingles, on en fait le tour complet à leur base, puis on le serre sur les épingles jusqu'au point que j'indiquerai plus loin ; on fait un nœud, on entortille ensemble les deux bouts du fil et on les fixe sur la joue avec un morceau d'emplâtre agglutinatif, comme on le voit figure 2.

L'opération terminée comme je viens de la décrire, on fait passer de petits plumasseaux de charpie enduits de cérat de Galien entre les bouts des épingles et les paupières; on couvre la région orbitale d'un plus grand plumasseau de charpie, également cératé, on pose une compresse pliée par dessus, et l'on contient le tout avec une bande ou un petit mouchoir passé autour du front.

Application du procédé opératoire aux différentes variétés du staphylôme. — Si le staphylôme est partiel, l'opération est d'une plus facile exécution et d'une réussite plus brillante et plus sûre. Dans ce cas, on peut embrasser toute la base du staphylôme, en enfonçant les épingles et portant le fil tout à fait contre la portion de cornée restante. J'en dirai plus bas la raison. — Si, au contraire, le staphylôme est total ou au moins très étendu, il faut en comprendre, entre les épingles, la moindre étendue possible, de manière pourtant que, la cicatrice achevée, les paupières puissent recouvrir sans aucune gêne le globe oculaire restant.

Si la portion du staphylôme circonscrite par le fil est très large, il ne faut pas trop serrer, pour ne pas rompre les parois du staphylôme sous une trop forte étreinte, et il ne faut serrer le fil qu'autant que la cornée s'y prête sans souffrir de trop de tiraillement. Si, au contraire, la base du staphylôme n'est pas trop large, on peut étrangler tout à fait les tissus entourés par le fil, sans toutefois les couper. — Règle générale : *La constriction par le fil doit être en rapport avec la tolérance de la cornée pour l'extension*, et l'extensibilité de la cornée est très prononcée, comme je le démontrerai plus loin.

Accidents et suites de l'opération. — La ligature du staphylôme, telle que je viens de la décrire, est généralement très peu douloureuse, comme j'ai pu m'en convaincre toutes les fois que je l'ai pratiquée. Ordinairement, en enfonçant les épingles, il sort quelques gouttes de sérosité, et les parois du staphylôme s'affaissent un peu, ce qui permet de porter la ligature plus en arrière, sans un trop fort tiraillement des tissus staphylomateux. — La réaction locale

ou l'inflammation de l'œil est le plus souvent très modérée, quelquefois à peine sensible.

La réaction générale et les phénomènes sympathiques sont presque nuls. Au troisième jour, en renouvelant le pansement, on trouve le plus souvent les épingles, avec leurs fils et la portion étranglée du staphylôme, tout à fait détachées de l'œil, et attachées à la charpie du pansement. On renouvelle alors le même pansement avec de la charpie enduite de cérat de Galien qu'on pose sur les paupières entr'ouvertes, et qu'on change toutes les vingt-quatre heures.

Quoique après la chute de la portion staphylomateuse soumise à la ligature, on commence déjà à voir un tissu plastique d'une certaine résistance, toutefois il faut encore pendant quelques jours beaucoup de ménagements dans les pansements et dans les mouvements de l'œil et des paupières. Mais, au huitième jour, la cicatrice est complète et assez solide pour résister à la pression des humeurs de l'œil et pour garantir la guérison. En général, le vingtième jour après l'opération, le malade peut reprendre ses habitudes.

On conçoit très facilement que, la ligature ne faisant qu'une petite lésion de continuité sur les tissus du staphylôme, quoiqu'il en enlève une très grande portion, la cicatrisation doit être très prompte et pourtant assez robuste. En effet, la ligature n'intéressant que les tissus de nouvelle formation et épargnant presque tous les tissus profonds plus délicats de l'œil, et ceux-ci restant à l'abri de toute sorte de lésion traumatique, aussi bien que du contact de l'air après l'opération, il ne se développe après la ligature qu'une inflammation tout à fait locale et isolée, une inflammation presque physiologique, dont le résultat est de donner lieu à une effusion plastique capable de fermer la petite plaie produite par la ligature.

Du reste, ce n'est presque pas une solution de continuité que produit la ligature, mais un rapprochement et une espèce de soudure de tissus qu'elle détermine sur le lieu même de son étranglement. Pour la même raison, après la ligature, toute récidive est impossible, parce que la résistance de la cicatrice, greffée pour ainsi dire sur le staphylôme, sera de beaucoup supérieure à celle des humeurs intérieures de l'œil, et arrêtera toute tendance ultérieure à l'hypertrophie staphylomateuse.

Valeur comparative de la ligature modifiée et des autres méthodes. — Deux principaux avantages caractérisent la méthode de la ligature selon mon procédé et la rendent supérieure aux autres méthodes; ce sont : la conservation du globe entier de l'œil, et, dans certains cas, la possibilité de rétablir en partie sa fonction.

Ce que je viens d'exposer sur le procédé opératoire, sur les suites et sur les modifications anatomo-pathologiques apportées par la ligature à la tumeur staphylomateuse, doit vous avoir démontré, Messieurs, comment par cette méthode on parvient à conserver le globe oculaire. Du reste, mon expérience est là pour le justifier, et je ne m'arrêterai pas davantage sur ce résultat de la nouvelle méthode.

Par contre, je vous exposerai le mécanisme, pour ainsi dire, qui préside au rétablissement de la vue, quand l'œil est dans des conditions possibles pour ce résultat.

D'abord, il faut qu'il reste une portion de la cornée encore inaltérée ou diaphane, et c'est en raison de cette diaphanéité de la cornée que les chances du résultat seront plus ou moins favorables. En effet, la ligature ne tombant que sur la seule portion staphylomateuse, épargne toute portion de cornée restante qui pourrait, après la cicatrisation, se prêter à une opération ayant

pour but de rétablir la vue, telle que la pupille artificielle selon certains procédés, et dans quelques cas celle de la cataracte, comme je l'expliquerai dans un autre travail, et comme votre expérience chirurgicale peut déjà très aisément vous le laisser entrevoir.

Et ici encore je vous ferai remarquer, Messieurs, que toute lésion staphylomateuse égale d'ailleurs, alors que la méthode de l'excision, en provoquant une suppuration au milieu de tissus staphylomateux, doit nécessairement altérer et détruire toute portion de cornée restée diaphane dans un staphylome partiel, la ligature, au contraire, en l'isolant des tissus qui doivent tomber écrasés sous elle, conserve parfaitement la cornée environnante ou périphérique. Il y a plus : la ligature lui rend sa direction normale, puisque vous savez, Messieurs, que dans maints staphylômes, la cornée, dans sa circonférence périphérique, tout en se conservant diaphane, prend une direction presque horizontale en faisant une espèce de pont qui, de la sclérotique, se porte sur la tumeur staphylomateuse pour s'y confondre avec elle. Eh bien, par le moyen de la ligature, on rend sa direction naturelle ou verticale au pourtour de la cornée, et l'on se ménage ainsi un endroit pour pratiquer une iridodialyse

Mais un autre avantage bien plus remarquable et qui, d'après mes observations, fonderait par lui seul une réputation à la méthode de la ligature modifiée, le voici : en pratiquant la ligature du staphylôme, j'ai observé que la portion de la cornée comprise entre la sclérotique et le fil se laissait distendre par l'étranglement qui s'opérait sur la base du staphylôme, dans des proportions très considérables, et venait presqu'à doubler sa largeur si l'étranglement embrassait une large portion du staphylôme. Cette condition anatomique de la cornée a été plusieurs fois constatée pendant l'opération par les aides et les élèves de l'hôpital, et par M. le docteur Riboli, membre de ce Congrès, qui vient souvent assister à mes opérations.

Le portrait de la jeune fille de onze ans que j'ai l'honneur de vous présenter ici, Messieurs, vous démontrera la grande portion de cornée restée diaphane après l'opération d'un staphylôme occupant les deux tiers inférieurs de l'œil, et en même temps un staphylôme large et très protubérant réduit à un simple leucome. (Voir fig. 3 et 4.) Cette jeune fille a été examinée par l'honorable sécrétaire général du Congrès ophthalmologique, M. le docteur Warlomont, lors de son passage à Turin, et par MM. les docteurs Sperino et Riboli, de Turin.

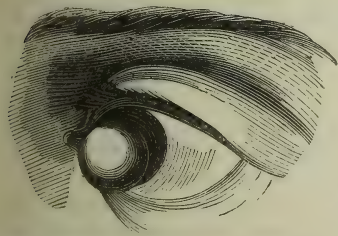


Fig. 3. OEil staphylomateux d'une fille de 11 ans, avant l'opération.



Fig. 4. Le même œil après l'opération du staphylôme par la méthode de la ligature modifiée.

Je n'ai pas besoin de vous dire, Messieurs, toute la ressource qu'on peut tirer de cette propriété de la cornée dans l'opération du staphylôme, et probablement dans d'autres opérations à pratiquer sur le globe oculaire.

Conclusions.

1° La méthode de la ligature, modifiée selon mon procédé, est applicable au traitement du staphylôme.

2° Les succès de cette méthode sont en raison du peu d'étendue du staphylôme et de la largeur de la cornée restée diaphane en dehors du staphylôme.

3° Toute espèce de staphylôme opaque peut être soumise à la ligature, dans le but de conserver tout entier le globe oculaire.

4° La ligature, en évitant une forte inflammation, la suppuration, etc., et laissant après elle une cicatrice solide, met à l'abri de la reproduction du staphylôme.

5° La ligature, dans les staphylômes volumineux, tout en conservant le globe de l'œil, y donne une forme plus régulière, et modifie de beaucoup la difformité.

6° La ligature rend plus parfaite la prothèse oculaire après l'opération du staphylôme.

7° La ligature, en rétablissant la direction de la portion de cornée restée diaphane autour du staphylôme, peut en étendre de beaucoup le champ ou la largeur, en vertu de l'extensibilité spéciale dont elle est douée, et par là mettre l'œil dans des conditions à pouvoir être soumis à une opération ayant pour but de rétablir la vue.

Pressé par le temps et forcé d'écrire dans une langue qui n'est pas la mienne, je n'ai pu donner à la rédaction de ce travail tout le temps et tout le soin qu'il demandait. Mais je savais, Messieurs, que mon mémoire devait être présenté aux premiers ophthalmologues du monde, et que la vraie sagesse sait très bien passer sur la forme pour saisir le fond scientifique et y puiser tout ce qui peut s'y trouver d'utile. Cette pensée m'a encouragé à soumettre à votre appréciation les résultats de mes observations cliniques sur la nouvelle méthode de l'opération du staphylôme.

NOTE SUR L'ANKYLOBLÉPHARON

PAR LE DOCTEUR DELVIGNE, DE LIÉGE.

L'ankyloblépharon consiste dans l'adhérence contre nature des paupières; le plus souvent simple, elle peut être compliquée de symblépharon, d'altérations de la cornée ou d'autres lésions du globe oculaire; mais nous ne parlerons ici que de l'ankyloblépharon simple, et surtout au point de vue d'un mode opératoire qui nous a réussi deux fois à la combattre : la soudure des paupières comprend, tantôt une partie, tantôt la totalité des paupières; elle affecte un œil, c'est le cas le plus fréquent, ou bien les deux yeux à la fois; la réunion congénitale des paupières est un fait exceptionnel. Le docteur Rognetta rapporte cependant un cas d'ankyloblépharon qui n'a point été signalé par les autres; c'est l'union congénitale chez un enfant nouveau-né des deux

muqueuses palpébrales, de manière à former au-devant de la cornée une sorte de voile muqueux, très mobile; les deux bords palpébraux restaient distants l'un de l'autre de deux à trois lignes, et tenaient ensemble par cette espèce de bande muqueuse; un petit pertuis existait à l'angle externe, par où coulaient les larmes.

D'après Demours, l'ankyloblépharon congénital complet est une maladie fort rare, tandis que, d'après les remarques de MM. Jules Cloquet et Rostan, cette affection, à l'état incomplet, est très fréquente chez les vieillards, ce qu'ils attribuent à l'atrophie des paupières et aux excoriations de leurs bords.

Le plus souvent, la réunion des paupières est le résultat d'une cause accidentelle, les brûlures, les plaies, les ophthalmies violentes et chroniques, l'anthrax et la petite vérole.

D'après Carron du Villards, ce sont le phosphore, les acides minéraux, les métaux en fusion qui produisent les désordres les plus considérables, et c'est presque toujours à la suite de leur action que l'on observe des lésions très profondes ou des cicatrices difformes. M. le docteur Marcé (1) considère les ulcérations des commissures qui succèdent à la blépharite comme la cause principale de la soudure des paupières; « on ne rencontre, dit-il, que des indications fort incomplètes sur ce genre de difformité. » MM. Mackenzie, Desmarres, Gosselin et Denonvilliers, ainsi que la plupart des ophthalmologistes, indiquent bien certaines inflammations *ulcéreuses des paupières* comme pouvant donner lieu à l'ankyloblépharon ou au symblépharon, mais aucun d'eux ne signale d'une manière spéciale, comme cause d'adhérence, les ulcérations des commissures succédant à la blépharite, si ce n'est M. Velpeau, dans le *Dictionnaire en trente volumes*, et encore en parle-t-il sous le nom de « phimosis des paupières. » Je considère le raisonnement de M. Marcé comme fort spécieux, et je ne vois pas quelle grande différence il y a entre les ulcérations des bords libres des paupières, si bien décrites depuis la plus haute antiquité, et les ulcérations des commissures; M. Marcé, contrairement à mon opinion, regarde cette affection comme assez fréquente et à peine indiquée dans les auteurs, tandis que, depuis Fabrice de Hilden, l'abbé Desmonceaux (tome II, page 3) jusqu'à nos auteurs contemporains, la description de cette affection n'a rien laissé à désirer, quant à la nature, à la cause et au traitement.

La multiplicité des procédés opératoires inventés contre cette maladie, depuis les temps les plus anciens jusqu'à nos jours, prouve combien il doit être difficile, dans certaines circonstances, de remédier à la soudure des paupières, qui devient souvent de plus en plus intime à la suite de la simple division, telle qu'elle était pratiquée autrefois et qu'elle l'est encore aujourd'hui. C'est par suite de la grande tendance qu'offre cette difformité à se reproduire que nous avons imaginé un procédé opératoire, qui nous a donné un succès complet dans deux cas où la division des paupières avait été pratiquée sans résultat.

Voici en quoi il consiste. Après avoir divisé l'adhérence des paupières suivant la méthode indiquée par le professeur Velpeau, à l'aide de ciseaux mousses ou du bistouri, je fais subir à la commissure externe une perte de substance de forme triangulaire, dont la base est dirigée vers la tempe et le sommet vers l'œil. Un aide ayant soulevé la paupière supérieure, je divise avec des ciseaux mousses la paupière inférieure; cette division commence à une ou deux lignes de la commissure externe, elle est oblique de haut en bas et

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1855, page 138.

de dedans en dehors, comprend toute l'épaisseur de la paupière, et est prolongée avec le bistouri, si la division doit s'étendre au-delà de la paupière. Une incision analogue est pratiquée sur la paupière supérieure; elle est oblique de bas en haut et de dedans en dehors. Ces deux incisions étant réunies par une troisième à l'aide du bistouri, on dissèque un lambeau de peau triangulaire, qui est enlevé avec une partie des deux paupières; la perte de substance doit être plus ou moins grande suivant l'écartement que l'on veut obtenir; les paupières sont maintenues écartées à l'aide de bandelettes de diachylon gommé; cet écartement se trouve du reste favorisé par l'action de l'élévateur de la paupière supérieure et par l'abaissement spontané de l'inférieure.

Il a suffi de quelques semaines pour obtenir une guérison complète et radicale; les mouvements des paupières ont été momentanément gênés, mais cette gêne a disparu aussi après la formation du tissu cicatriciel qui met en rapport l'action des paupières. Chaque fois l'ankyloblépharon a cédé à cette petite opération, qui ne présente aucun danger et qui ne laisse à sa suite qu'une légère coloration rouge de la peau, de la grandeur de la perte de substance, mais qui disparaît plus tard; cette opération donne à l'œil son aspect habituel et à la physionomie une expression régulière. Dans certaines circonstances, elle pourrait trouver son application pour l'angle interne de l'œil, n'était l'existence des conduits lacrymaux et de la glande lacrymale, qu'il faudrait, dans ce cas, sacrifier pour tarir la source des larmes.

D'UN COUTEAU-AIGUILLE POUR LA DISCISION DE LA CATARACTE,

PAR LE DOCTEUR I. HAYS, DE PHILADELPHIE.

A M. Warlomont, secrétaire-général du Congrès d'ophthalmologie, etc.

MONSIEUR ET TRÈS HONORÉ CONFRÈRE,

J'ai le plaisir de vous accuser réception de l'invitation que vous m'avez fait parvenir pour la réunion du Congrès ophthalmologique qui est sur le point de s'assembler à Bruxelles; mais, en même temps, j'ai à vous exprimer le regret que j'aurai de me voir privé de me trouver au milieu d'un si grand nombre de mes confrères les plus distingués, et de profiter de l'instruction que j'aurais pu puiser au milieu d'eux.

Je regrette également que mes occupations professionnelles ne m'aient pas permis de me consacrer à quelque travail digne d'être soumis à l'attention d'une aussi docte et aussi illustre assemblée.

Tout ce que je puis faire pour le moment, c'est de vous offrir, en vous priant d'appeler sur lui l'attention des membres du Congrès, si vous jugez qu'il en soit digne, un couteau-aiguille dont je me sers depuis plusieurs années pour l'opération de la cataracte par solution ou division.

Beaucoup de chirurgiens ont pensé que ce mode opératoire ne peut pas s'appliquer aux cataractes dures, à cause de la difficulté que l'on éprouve à diviser le cristallin lorsque l'on emploie l'aiguille ordinaire. L'aiguille droite ordinaire ne peut être fabriquée de façon à bien couper, si ce n'est tout contre sa pointe, sans que l'amincissement qui en résulte ne l'expose à se briser ; et il est impossible d'inciser avec l'aiguille courbe de Scarpa.

Il y a quelques années, j'acquis la conviction qu'il était possible de fabriquer une aiguille ayant la forme du couteau à iris, mais plus délicate, qui pût, mieux que l'aiguille ordinaire, servir à inciser un cristallin dur ; après de nombreux essais, M. Kolbe, ingénieux et habile fabricant d'instruments à Philadelphie, réussit à en faire une conforme à mes vues, et remplissant pleinement l'objet désiré. Je vous envoie un des instruments faits par M. Kolbe.

Voici la manière dont j'opère :



Je fais toujours placer le malade sur le dos, couché sur un lit ou une table, la tête soutenue par l'extrémité du lit ou par des oreillers durs. La pupille ayant été bien dilatée à l'aide de l'atropine, un aide se charge de l'une des paupières, et l'opérateur de l'autre. L'instrument, tenu comme une plume à écrire, est enfoncé à travers la sclérotique perpendiculairement à sa surface, à une ligne et demie ou deux lignes du bord temporal de la cornée, et au niveau de son diamètre transverse; le dos de l'instrument doit regarder vers le bord inférieur de l'orbite, son bord tranchant en haut naturellement; une de ses faces aplaties est dirigée en avant, l'autre en arrière.

La ponction faite, le chirurgien est complétement maître de l'œil, et doit attendre que le malade se remette un peu ; puis il change la direction de l'instrument et le pousse en avant entre l'iris et la capsule antérieure du cristallin, jusqu'à ce qu'il atteigne le bord opposé de l'ouverture pupillaire. Il imprime alors à l'aiguille sur son axe un mouvement de rotation d'un quart de cercle de façon à placer son bord tranchant en travers du cristallin, et exactement au niveau du diamètre transversal de ce corps. Ce point est très-important, car c'est ainsi que le cristallin cède le moins à la pression lorsque l'on fait effort pour le couper, et qu'il est le moins disposé à basculer et à se déplacer. En retirant l'instrument, on incise le cristallin par un petit coup vif. J'ai souvent réussi à l'aide de cette manœuvre à diviser le cristallin en deux moitiés. On pratique alors d'autres incisions en suivant les mêmes principes, et lorsque le cristallin et sa capsule ont été suffisamment divisés, on peut pousser quelques-uns des fragments dans la chambre antérieure. Enfin, on fait reprendre à l'instrument, par un mouvement de rotation, la position qu'il avait lors de son introduction, puis on le retire.

Ce couteau-aiguille convient admirablement dans les cas de cataracte molle ou de cataracte capsulaire. Il m'a servi la semaine dernière à opérer deux cas de cataracte congéniale, l'un sur une jeune fille de neuf ans, l'autre sur un enfant de quatre à cinq mois. Chez tous deux la cataracte fut parfaitement incisée, il n'y eut pas la moindre inflammation consécutive, et tout promet les résultats les plus favorables.

En vous adressant mes vœux les plus ardents pour que vous jouissiez d'une bonne santé et d'une longue vie, je suis, avec une considération distinguée, votre obéissant serviteur,

Isaac Hays.

Philadelphie, le 14 juillet 1857.

DU TRAITEMENT OPÉRATOIRE DE QUELQUES MALADIES DE LA CORNÉE

ET SPÉCIALEMENT DU STAPHYLÔME

ET DES INFLAMMATIONS CHRONIQUES DE LA SURFACE DE LA CORNÉE.

PAR LE DOCTEUR KUCHLER, DE DARMSTADT.

Depuis 1841, j'ai fait beaucoup d'efforts pour introduire dans la science une nouvelle méthode opératoire *contre le véritable staphylôme* (opaque) de la cornée.

J'ai publié mes recherches sur cette maladie dans un traité qui a paru chez Vieweg, à Brunswick, en 1853. D'autres observateurs, aussi consciencieux qu'éminents, tels que le professeur Adelman, de Dorpat, ont confirmé par de longues séries d'observations les résultats de ma propre expérience, et cependant chaque jour m'apporte la preuve qu'une foule d'auteurs ignorent encore ma méthode et ses conséquences, et que beaucoup de praticiens dédaignent d'en faire l'application.

Je veux parler d'une méthode opératoire contre le staphylôme, méthode que j'ai appliquée plus de cinquante fois et toujours avec le même succès, quant aux conséquences essentielles de la méthode, toujours avec les mêmes avantages pour le malade, résultats supérieurs à ceux réalisables par toutes les méthodes connues, et sans que j'aie observé jusqu'ici une seule récidive.

Cette méthode consiste :

1° A diviser la cornée entière par une incision linéaire transversale, depuis le sommet jusqu'à la base de la tumeur;

2° A enlever le cristallin, s'il se trouve encore dans l'œil;

3° A laisser la plaie ouverte pendant quelques jours, en en écartant les bords au moyen d'un instrument obtus quelconque comme une aiguille à tête, une sonde, etc.

Cette opération se termine très rapidement, n'est douloureuse qu'un instant, est suivie d'une guérison prompte, ne demande plus le secours du médecin après qu'elle a été pratiquée, ni le séjour de l'hôpital, n'est jamais suivie de danger et conserve le globe de l'œil avec la cornée entière, ou la plus grande partie de cette membrane. — Dans certains cas même, la cornée a repris un degré de transparence qui a permis l'exercice de la vision.

On objecte qu'il y a des staphylômes, ceux dits staphylômes de la cornée, qui ne sont qu'une cicatrice où il n'y a plus de cornée, où l'on ne voit que l'iris étendu et couvert d'un plasma cicatrisé (*pseudo-cornea*). Pour dire la vérité, je n'ai jamais vu ce staphylôme; j'ai toujours vu, après que j'ai eu pratiqué la fente transversale dont je viens de parler, renaître la véritable cornée, reparaître son élasticité et très souvent sa transparence; j'ai trop écrit sur ce sujet pour m'y étendre ici davantage.

Dans le traitement du staphylôme, le médecin est rarement assez heureux pour voir renaître la vue; pour moi, je n'ai jamais eu cette chance. Mais j'ai eu beaucoup plus de succès, quant à la restitution de la vue, en me servant

d'une méthode opératoire contre *les inflammations chroniques de la surface de la cornée.* Cette méthode consiste dans la circoncision du globe de l'œil, dans la division circulaire et totale des tissus conjonctival et sous-conjonctival autour de la cornée.

Je ne suis pas l'inventeur de cette méthode, mais j'en suis le partisan dévoué et j'en observe avec soin les résultats; je l'ai exécutée plus de trois cents fois, j'en ai étendu les indications et j'ai donné les règles sûres pour son exécution. On trouvera ces détails dans la *Deutsche klinik* de Berlin; 1854, n° 48; 1855, n° 15; 1856, n°s 32 et 35.

Voici en quoi consiste l'opération. La nature a établi aux bords de la cornée une digue qui ne permet que difficilement au sang rouge de les franchir; dans tous les cas où cette barrière naturelle ne suffit pas à garantir la surface de la cornée contre l'influence du sang qui vient du dehors,—et spécialement, sinon exclusivement, du tissu conjonctival et sous-conjonctival de la sclérotique, — dans tous ces cas, je renforce cette digue par le moyen d'une opération. Celle-ci consiste à couper totalement et jusqu'à la sclérotique les tissus conjonctival et sous-conjonctival tout autour de la cornée, avec tous les vaisseaux qui s'y trouvent. Cette section doit se pratiquer pendant que le malade est sous l'influence du chloroforme (car si l'opération est courte elle est douloureuse); elle se fait à l'aide de deux petits crochets pointus et des ciseaux de Daviel, dont les branches sont modérément pointues, d'un élévateur de la paupière et d'un ou deux aides. Le malade, assis ou couché comme pour l'opération de la cataracte, les paupières ouvertes, on saisit la conjonctive que l'on tend avec le crochet, on y fait une incision, par laquelle on enfonce la branche des ciseaux jusqu'à la sclérotique; on fait ainsi la section tout autour de la cornée en prenant et reprenant la conjonctive avec l'autre crochet. Quand l'opération est finie, on examine la plaie circulaire, on coupe les vaisseaux et les tissûs qui peuvent avoir échappé aux ciseaux; pour cela, on soulève avec les deux crochets la conjonctive découpée pour former un entonnoir dans lequel est enfoncé le globe dénudé. L'opération étant finie, on n'a besoin que de couvrir les yeux de fomentations froides pendant une huitaine de jours.

C'est de cette façon que j'arrive à avoir une cicatrice qui me sert de digue. C'est une digue non seulement contre les couches rouges du pannus, contre la kératite vasculaire superficielle, mais contre toute espèce d'inflammation chronique de la surface de la cornée, et ses différents produits: les érosions, les phlyctènes, les taches et exsudations de la surface, les condensations et transformations de la surface de la cornée, etc. — Sous l'influence de l'opération, la maladie de la cornée, l'inflammation avec tous ses produits, commence ordinairement à se limiter et ses symptômes à se perdre, quelquefois avec une étonnante rapidité. J'ai vu des malades qui avaient souffert de kératite pendant dix-huit et même vingt-huit ans, dont la vue avait été réduite à ne plus rien voir sur mon *Épreuve de la vue*, et qui, après un temps variable de six à vingt et un jours, savaient lire la plus petite écriture. Et ce n'est pas dans des cas isolés, mais sur une foule de malades que j'ai répété cette expérience.

On m'objectera sans doute qu'il n'est pas logique de traiter localement une maladie qui parfois provient d'une altération du sang. Je répondrai à cette objection fort juste, que jamais dans ces conditions je ne néglige le traitement général.

Peut-être m'opposera-t-on encore que l'on peut guérir sans opération la plupart de ces maladies qu'on me voit opérer, et qu'il ne faut opérer que quand il n'y a pas d'autre moyen de guérison. Mais si l'on considère le nombre considérable de maladies de la surface de la cornée qui persistent souvent de

38.

longues années sans trouver leur remède efficace, soit que le médecin ait vainement épuisé toutes les ressources de son art, ou que la patience du malade se soit lassée des innombrables tentatives auxquelles il aura été soumis, on reconnaîtra sans doute l'utilité d'une méthode qui, au prix d'un peu de douleur, amènera, presqu'à coup sûr, la guérison. Or, la circoncision de la cornée est dans ce cas.

Je puis ajouter que cette méthode opératoire n'offre *aucun danger*. On l'exécutera chez tous les sujets, dans toutes les circonstances, dans tous les degrés de la maladie, dans l'état de la photophobie la plus grave comme dans l'état de la sensibilité la plus forte, et toujours avec le même succès, et toujours sans danger. Le soulagement qu'on provoquera sera au contraire d'autant plus marqué, que les symptômes de la maladie étaient plus prononcés, et en effet, ce ne sont pas seulement les produits de l'inflammation, mais encore ses symptômes qui disparaissent ou diminuent essentiellement, immédiatement après l'opération.

Notre époque est fertile en essais de toute nature tendant à soulager les malheureux atteints d'opacités de la cornée. L'usage de lunettes ou d'une cornée artificielle a été recommandé (on sait avec quels résultats!) Mais n'y aura-t-il pas un mérite bien plus grand à rétablir la transparence de la cornée par une opération simple et à la portée de tous? Cette opération existe, c'est la circoncision de la cornée, et j'ai la confiance que, si l'on veut bien la mettre en pratique, on ne tardera pas à en constater l'efficacité, et à rendre pleine et entière justice aux efforts que je tente pour la vulgariser.

SIMPLIFICATION DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR EXTRACTION

PAR C. SPERINO,

Médecin du Syphilicôme et de l'Hôpital ophthalmologique de Turin.

(*Notice lue en Comité général le 14 septembre.*)

L'opération de la cataracte par extraction est divisée en trois temps; dans le premier, on fait une incision demi-circulaire à la cornée; dans le second, on incise la capsule; dans le troisième, on extrait la cataracte.

Ne pourrait-on pas faire l'opération en deux temps? L'incision de la cristalloïde antérieure est-elle toujours possible, facile, sans danger, utile et nécessaire?

Il paraîtra peut-être étrange que je vienne soumettre à votre examen une question qui paraît jugée depuis longtemps par tous les chirurgiens, car tous incisent la capsule et croient que, sans cette incision, l'extraction ne peut pas avoir lieu; mais si l'on pouvait se dispenser de la pratiquer, comme l'ont déjà proposé Richter et Beer, il est évident que l'opération serait par là avantageusement simplifiée?

L'incision de la capsule est-elle toujours possible?

La capsule adhère intimement à la face externe de la lentille par l'intermédiaire des cellules intra-capsulaires de Werneck.

« Elle résiste assez fortement à la déchirure, nous apprennent MM. Warlomont et Testelin (1)... Elle n'est altérée, ainsi que nous nous en sommes assurés, ni par l'ébullition, ni par la potasse caustique, ni par les acides les plus énergiques, tels que les acides sulfurique, nitrique, chlorhydrique. Ces propriétés, ajoutent nos deux savants confrères, expliquent pourquoi elle est beaucoup plus difficile à rompre sur le vivant, dans l'opération de la cataracte, que ne le ferait supposer son peu d'épaisseur. Nous avons brisé avec une aiguille un grand nombre de capsules de cristallins posés sur une table, et nous avons été frappés de la résistance relativement considérable qu'elles présentaient. Si nous n'avions point la précaution de perforer d'emblée la capsule par un petit coup sec, qui fait pénétrer la pointe de l'instrument à travers sa substance, celui-ci *traçait bien un sillon* à la surface du cristallin, parce que les couches superficielles de la lentille sont très molles, mais on reconnaissait nettement à la loupe que la membrane d'enveloppe *n'avait point été intéressée*. Or, s'il en est ainsi lorsque les parties ont derrière elles un point résistant comme une table, que doit-il advenir lorsqu'elles ne sont maintenues, comme dans l'œil, que par une gelée tremblottante, l'humeur vitrée. Nous avons insisté sur ce point, parce qu'il explique très-bien comment il arrive que, malgré les précautions dans l'abaissement, on déprime si souvent la lentille avec sa capsule intacte; circonstance grave, car elle empêche l'absorption d'une manière absolue; il explique enfin comment, dans l'extraction, surtout lorsque l'humeur vitrée est un peu ramollie, le cristallin, comme nous l'avons vu plusieurs fois, ne sort pas, bien que l'introduction méthodique du kystitôme fasse croire que la capsule a été largement incisée. »

Comme vous le voyez, Messieurs, les études de MM. Warlomont et Testelin prouvent suffisamment que l'incision de la capsule n'est pas toujours possible, et que très probablement on croit quelquefois avoir incisé cette membrane, lorsque l'on n'a fait que *tracer un sillon à la surface du cristallin, sans en avoir intéressé l'enveloppe*. Songez-y un instant, et vous verrez que cela est très probable, car la perte de l'humeur aqueuse, par l'incision faite à la cornée, diminue la résistance du globe de l'œil, et alors la déchirure de la capsule, déjà difficile lorsqu'on fait l'abaissement, devient souvent impossible dans l'extraction, parce qu'elle se laisse enfoncer plutôt qu'inciser par le kystitôme.

Mais admettons même que, dans le plus grand nombre des cas, l'incision de la capsule soit possible; pourra-t-on toujours la faire aussi large qu'il le faudrait?

La réponse est négative, et elle nous est donnée par deux grandes autorités, MM. Mackenzie et Desmarres.

Le premier nous dit : « Il est impossible, même avec les instruments les plus acérés, de diviser la capsule en losanges (2).

En conséquence, il donne le précepte de faire avec une aiguille une simple déchirure à la capsule.

Voici ce qu'a observé M. Desmarres : « Il est impossible, dit-il, de diviser la capsule en carrés ou en losanges, même avec l'instrument le plus tranchant. Quand une ouverture est faite dans cette membrane, l'aiguille entraîne avec elle, sous la pression qu'elle exerce, la lèvre correspondante de la solution de continuité, mais ne fait pas de nouvelle incision ; je me suis assuré de ce fait sur des lapins, en introduisant une aiguille à travers la cornée et en disséquant l'œil après avoir sacrifié l'animal (3). »

(1) *Traité pratique des maladies de l'œil*, par W. Mackenzie, traduit sur la 4e édition, par MM. Warlomont et Testelin, t. II, p. 313. Paris, 1857. V. Masson. (Note additionelle des trad.)
(2) *Loc. cit.* t. II, p. 430.
(3) *Traité des maladies des yeux*, par M. Desmarres. 1re édition, p. 607. Paris, 1847.

Je pourrais ajouter les noms d'autres chirurgiens qui ont aussi constaté la difficulté d'inciser la capsule, mais il suffira de vous exposer ce que MM. Warlomont et Testelin viennent d'écrire dans une addition à l'ouvrage célèbre de M. Mackenzie (1).

« Bien que l'incision de la capsule semble, au premier aperçu, n'offrir aucune difficulté, elle n'en est pas moins une source fréquente d'embarras et même d'insuccès. Il ne faut pas oublier que la capsule jouit d'une assez grande élasticité, et qu'elle peut facilement céder, sans se rompre, sous la pression d'un instrument mal affilé. »

De ce que nous venons de voir, on peut déjà conclure que l'incision de la capsule n'est pas toujours possible, et qu'au moins elle n'est pas facile.

Voyons maintenant si elle peut se pratiquer sans danger.

Si nous passons en revue les ouvrages de chirurgie oculaire, nous trouvons qu'en introduisant l'aiguille ou le kystitôme dans la pupille, en incisant la capsule, et en retirant l'instrument, il n'est pas rare que l'iris soit déchiré, car on ne peut pas toujours empêcher que le malade tourne brusquement l'œil pendant le second temps de l'opération.

Vous connaissez les conséquences de cet accident : épanchement de sang dans les chambres de l'œil, inflammation de l'iris, et affaiblissement ou même abolition de la vision.

Mais si l'on ne pratique qu'une seule incision à la capsule, il faut qu'elle en parcoure toute l'étendue, et alors n'est-il pas facile d'en dépasser les limites? Dans ce cas, on court le risque de déchirer la membrane hyaloïde et de donner lieu à l'écoulement de l'humeur vitrée. C'est déjà un inconvénient, mais il n'est pas encore le plus grave.

La capsule, à cause de sa grande élasticité, cède souvent sous le kystitôme sans se rompre, et alors le chirurgien est obligé d'appuyer sur elle. MM. Warlomont et Testelin se chargent de nous dire ce qui arrive alors : « il faut, disent-ils, non-seulement que le kystitôme soit bien pointu, mais il faut s'en servir d'une certaine façon, en râclant la capsule plutôt qu'en appuyant sur elle; faute des précautions convenables, il arrive souvent que l'on retire l'instrument sans qu'il ait pratiqué ses incisions; ou bien, si l'on a appuyé trop fort pour vaincre une résistance parfois assez grande, tout le système cristallinien peut être enfoncé dans l'humeur vitrée. Dans ce dernier cas, toute l'opération est définitivement manquée. »

Il est donc certain, comme plusieurs auteurs et plusieurs opérateurs l'ont avoué, que le cristallin glisse quelquefois en totalité ou en partie dans l'humeur vitrée, lorsqu'on fait l'incision de la capsule, et que, si ce grave accident peut arriver avant le second temps de l'opération, il est bien positif qu'en général il y succède.

Par conséquent, si l'opérateur rencontre des difficultés et s'il peut faire courir des dangers à son malade lorsqu'il doit pratiquer l'incision de la capsule, n'est-il pas utile d'aborder la question suivante?

L'incision de la cristalloïde antérieure est-elle nécessaire pour l'extraction de la cataracte?

L'incision de la capsule dans la cataracte dure, lenticulaire, ou capsulo-lenticulaire, opérée par abaissement, se fait souvent avec difficulté, et alors on déprime souvent la lentille avec sa capsule.

La cataracte lenticulaire dure est petite, et la capsule étant saine ou presque dans l'état normal, elle est très adhérente à la lentille.

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 430.

La déchirure de la cristalloïde antérieure, dans la cataracte molle, fluide, pérée par abaissement, est en général plus facile, mais il est souvent très ifficile de la déprimer en entier, parce que les adhérences de la capsule avec a lentille sont détruites, et parce que c'est l'altération de la capsule qui amène a désorganisation du cristallin.

La cataracte molle est généralement volumineuse, et la capsule est quel-uefois distendue au point de comprimer l'iris. C'est donc à la distension, à altération de la capsule et à la destruction de ses adhérences d'avec le cris-allin, que l'on doit la facilité des déchirures dans les cataractes molles.

Ce qui advient dans l'opération par abaissement doit aussi avoir lieu dans 'extraction, à savoir que l'incision de la capsule doit être difficile dans la ataracte dure, et plus facile dans la cataracte molle. Or, c'est surtout dans la ataracte dure que l'on doit préférer la méthode par extraction.

D'après ces considérations et d'après les observations de MM. Warlomont t Testelin, et de MM. Mackenzie et Desmarres, sur la difficulté d'inciser la apsule, ne peut-on pas présumer que, dans un très grand nombre de cas de ataractes dures, l'opérateur ne fait que perforer la cristalloïde antérieure et létacher de ses liens la lentille enveloppée de sa capsule, tandis que l'incision le celle-ci est très rarement assez grande pour laisser sortir le cristallin? Ne eut-on pas croire que, lorsque la cristalloïde n'a été que perforée, le cristallin st extrait avec sa capsule? Si la lentille couverte de la capsule peut être luxée lans la chambre antérieure, pourquoi la cataracte ne pourrait-elle pas être xtraite sans incision de la capsule?

En effet, lorsqu'une compression un peu forte est faite à la partie supé-ieure du globe de l'œil, ou qu'une forte contraction des muscles a lieu pen-lant que l'on fait l'incision de la cornée, ne voit-on pas quelquefois sortir le ristallin, quoique sa capsule n'ait pas été incisée? L'issue brusque de la cata-acte n'arrive-t-elle pas aussi quelquefois lorsqu'on est obligé d'agrandir l'ou-erture de la cornée avec le couteau, et qu'on détermine le tiraillement de 'œil? Ces faits ont été vus par tous les opérateurs et se trouvent enregistrés lans tous les ouvrages.

Eh bien, Messieurs, d'après toutes ces considérations, je me suis cru auto-isé depuis quelques mois à ne plus inciser ni perforer la capsule dans l'opé-ration de la cataracte par extraction, et j'ai obtenu de très beaux résultats.

Les yeux que j'ai opérés de cataracte, sans incision de la capsule, par la ké-ratotomie supérieure sont au nombre de vingt.

Dans seize, la cataracte était dure, lenticulaire dans neuf, et capsulo-lenti-culaire dans sept. Chez quatre, elle était molle, capsulo-lenticulaire.

La pupille étant ou non dilatée par l'atropine, la cataracte dure fut extraite dans tous les cas sans laisser de traces de capsule dans l'œil. Chez les quatre individus qui portaient une cataracte molle, la capsule s'est déchirée vers son tiers inférieur, lorsqu'elle passait avec la lentille à travers la pupille. A peine la capsule était-elle déchirée que le cristallin sortit de l'œil, divisé en morceaux et accompagné du lambeau supérieur de la capsule.

La déchirure plus facile de la capsule dans les cataractes molles est-elle due à ce que la cataracte molle, plus volumineuse que la dure, passe plus dif-ficilement à travers la pupille, ou à ce que la capsule a perdu en partie sa ré-sistance, son élasticité? Il me paraît que ce fait peut être attribué aux deux causes à la fois.

L'étendue de la section de la cornée a presque toujours dépassé la moitié de sa circonférence, afin de rendre facile la sortie du cristallin.

Peu de temps après que l'incision de la cornée a été faite, une pression

douce, modérée, non interrompue, si possible, jusqu'à l'extraction de la cataracte, faite avec la curette de Daviel, appliquée à la partie inférieure de la sclérotique près de la cornée (s'il s'agit de la kératotomie supérieure), et avec le pouce qui, en relevant la paupière supérieure, comprime légèrement la sclérotique en haut, dans sa partie antérieure, a toujours suffi pour produire la sortie de la cataracte.

Dans tous les cas, je le répète, elle fut extraite par la seule pression, sans crochet à cataracte, sans spatule ou autre instrument recommandé par les auteurs pour rendre plus facile l'extraction de la lentille.

Dans les quatre cas de cataracte molle, les morceaux de la lentille et le lambeau des deux tiers supérieurs de la capsule, qui sont restés entre les bords de la plaie de la cornée, furent facilement extraits avec la curette de Daviel. En un mot, l'extraction de la cataracte se fit comme lorsqu'on a ou plutôt que l'on a cru avoir incisé la capsule avec le kystitôme.

Dans presque tous les cas, j'ai vu s'échapper un peu d'humeur vitrée après la sortie de la cataracte.

Dans quatre, une petite perte en a eu lieu avant, et j'ai dû suspendre la pression pour quelques instants.

En somme, soit avant, soit pendant, soit après la sortie du cristallin, il ne s'est échappé dans seize cas qu'une très petite quantité d'humeur vitrée; un sixième dans deux cas et un tiers dans deux autres.

Dans aucun cas, la perte de l'humeur vitrée n'a amené la cécité, mais dans les deux derniers la vue est restée un peu faible.

La hernie de l'iris n'a jamais été observée, et l'incision de la cornée s'est toujours cicatrisée par première intention.

Il y a eu chez deux opérés une légère iritis qui, en peu de jours, a disparu par les moyens ordinaires.

Chez un individu, âgé de 75 ans, qui m'avait été envoyé de la maison de mendicité, atteint de catarrhe pulmonaire chronique et de diarrhée, l'opération a été faite aux deux yeux avec succès. L'incision de la cornée s'était cicatrisée promptement, les deux pupilles étaient noires et libres; il voyait très bien, et commençait à sortir du lit lorsque, au dixième jour après l'opération, à la suite d'une indigestion, la diarrhée lui est revenue plus forte avec fièvre, et un phlegmon très grave s'est développé dans l'œil droit, qui en peu de jours se perdit. Le mauvais état du malade et son âge très avancé ne m'ont pas permis de recourir à la saignée.

Il sortit de l'hôpital voyant très bien de l'œil gauche, qui n'avait pas été atteint par l'inflammation.

La pupille est restée tiraillée en haut chez dix, bien que l'iris ne semblât pas avoir contracté d'adhérences avec la cicatrice de la cornée; mais, dans ces cas mêmes, la vision est restée distincte.

En résumé :

Sur vingt yeux opérés de la cataracte par extraction sans incision de la capsule, le résultat immédiat a été bon chez tous, c'est-à-dire — extraction de la cataracte — cicatrice de la section de la cornée par première intention — pas de hernie de l'iris—pas de perte du globe oculaire,— pas une évacuation trop abondante de l'humeur vitrée. — Le résultat médiat s'est maintenu définitivement très bon dans dix-sept yeux, dont quatre ont été examinés le 18 juillet dernier par M. Warlomont, dans la visite dont il a honoré mon hôpital ophthalmique. — La vision a été bonne, même chez les quatre individus atteints de cataracte molle, chez lesquels un petit lambeau de capsule est resté dans la partie inférieure de la pupille. Il y eut un demi-succès chez les deux qui

vaient perdu un quart de l'humeur vitrée, et un insuccès dans un œil par une grave inflammation intra-oculaire survenue dix jours après l'opération, chez un vieillard atteint d'affections chroniques.

Quelques-unes des cataractes dures, extraites sans incision de la capsule, furent être aussi examinées par M. Gastaldi qui, chez nous, s'occupe avec distinction d'anatomie microscopique, et nous avons pu constater que la lentille était couverte de sa capsule. Du reste, vous pourrez la voir vous-mêmes, Messieurs, sur les cataractes que j'ai l'honneur de vous présenter.

Les résultats dont je viens de vous parler ne sont certainement pas inférieurs à ceux que l'on obtient lorsqu'on incise la capsule, et ils vous prouveront, j'espère, que l'opération de la cataracte étant réduite à deux temps — incision de la cornée et extraction de la cataracte — est simplifiée de façon à être plus facile, moins dangereuse et plus sûre dans ses résultats définitifs; car elle est pratiquée dans un temps plus court, sans les dangers inhérents à l'introduction du kystitôme, sans la crainte de la production si fréquente des cataractes secondaires.

Je terminerai cette note par une citation d'un passage, que j'ai lu dernièrement avec une grande satisfaction, dans l'ouvrage de M. Mackenzie (1). Le voici :

« Dans un cas que j'ai rencontré dans ma pratique, j'ai été obligé de comprimer l'œil et d'évacuer le cristallin *sans avoir pu ouvrir la capsule.* Le résultat fut heureusement satisfaisant. »

Comme vous le voyez, Messieurs, ce que je viens de soumettre à votre examen n'est pas une innovation. Plusieurs opérateurs ont entrevu la possibilité d'extraire le cristallin enveloppé de sa capsule sans l'inciser, plusieurs en ont eu sous les yeux des exemples frappants, comme celui de M. Mackenzie, et cependant tous les opérateurs de notre époque nous apprennent dans leurs ouvrages que la capsule doit être largement incisée avant l'extraction du cristallin.

C'est par vous, Messieurs, c'est par votre expérience, c'est par votre autorité, que la simplification dans l'opération de la cataracte par extraction, que je viens d'avoir l'honneur de soumettre à votre appréciation, pourra passer dans le domaine de la pratique usuelle.

CONSIDÉRATIONS SUR L'AMAUROSE SYPHILITIQUE

ET SUR LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS OCULAIRES SYPHILITIQUES PAR LA SYPHILISATION,

PAR LE MÊME.

(*Notice lue en Comité général, le* 15 *septembre.*)

Si l'étude de la syphilologie est nécessaire à tous ceux qui veulent exercer l'art de guérir, une parfaite connaissance des maladies vénériennes et des progrès que la science fait dans cette branche de la médecine, est aussi

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 438.

indispensable à celui qui veut exercer avec quelque distinction l'ophthal mologie.

Cette vérité, qui est sans doute partagée par vous tous, Messieurs, me fai espérer que vous voudrez bien me permettre de vous présenter quelques con sidérations sur l'amaurose syphilitique, et de vous dire un mot sur une de plus singulières et des plus importantes découvertes de notre époque, la sy philisation, que j'ai appliquée avec succès au traitement de la syphilis consti tutionnelle.

Favorablement placé pour pouvoir étudier les maladies vénériennes autan que les maladies de l'œil,—car depuis bientôt vingt ans je suis médecin en che du syphilicôme de Turin, et j'ai fondé dans cette ville un hôpital ophthalmiqu qui a maintenant soixante lits,—j'ai pu me convaincre que les maladies syphi litiques de l'œil et des tissus qui l'avoisinent sont plus fréquentes qu'on ne l croit généralement, et que le praticien est assez souvent mis, par une lésio oculaire, sur la voie du diagnostic de la vérole ; c'est ce qui m'est arrivé quel quefois par l'étude de l'amaurose syphilitique.

Sur un très grand nombre de cas d'amaurose que j'ai observés, j'ai trouv que la cause syphilitique entre au moins dans la proportion de deux sur dix

L'amaurose, l'iritis et la paralysie du nerf de la troisième paire cérébral sont les accidents oculaires de syphilis constitutionnelle que l'on observe l plus fréquemment.

La goutte sereine syphilitique est plus fréquente à l'œil gauche. Je l'ai vu au côté gauche quinze fois sur vingt; lorsqu'elle s'est manifestée dans les deu yeux, j'ai toujours observé qu'elle avait commencé et fait plus de progrès dan celui du côté gauche.

Elle est, deux fois sur dix, associée à d'autres maladies syphilitiques de l'œil En effet, j'ai vu l'iritis dans un œil et l'amaurose dans l'autre; j'ai observ l'amaurose dans l'œil gauche et la paralysie de la sixième paire dans le droit je l'ai vue, comme M. Deval (1), associée à la paralysie d'autres branche nerveuses ; j'ai constaté dans le même œil l'amaurose et la paralysie du nerf de la troisième paire, et une fois j'ai vu l'amaurose et le lagophthalmo produits par la paralysie de la portion dure du nerf de la septième pair cérébrale.

L'amaurose syphilitique est, six fois sur dix, précédée ou accompagnée d douleurs profondes dans la région frontale, dans l'orbite et au-dessus du sour cil, douleurs plus ou moins aiguës qui, en général, s'exaspèrent la nuit; elle siégent rarement dans les régions pariétale, temporale ou occipitale; chez le individus qui n'accusent pas de douleur, on peut presque toujours détermine par une compression un peu forte une sensation douloureuse dans quelque points du frontal ou des pariétaux.

Elle se manifeste en général dans la période avancée de la syphilis consti tutionnelle, et plus souvent chez les individus qui ont déjà subi des traitement mercuriels. Cependant je dois dire que je l'ai vue quelquefois accompagne l'évolution des premiers accidents de la vérole. Dans un cas que j'ai eu l'occa sion de voir dans le mois de mars dernier, trois mois après qu'un petit chancr vulvaire, non induré et suivi d'un léger engorgement des glandes inguinales s'était cicatrisé, j'ai vu se manifester simultanément la roséole, des douleur dans la région frontale, des plaques muqueuses aux parties génitales et à l gorge, avec engorgement des glandes cervicales postérieures, l'amaurose d l'œil gauche et la fièvre syphilitique avec recrudescence vespertine.

(1) *Traité de l'amaurose*, par Ch. Deval. Paris, 1851, page 208.

Le célèbre Scarpa a écrit (1) : « L'amaurose syphilitique est révélée par la présence d'une ou de plusieurs exostoses du frontal ou du maxillaire, ce qui fait craindre qu'il y ait en même temps des exostoses dans l'orbite. » J'ajouterai que bien d'autres accidents de la syphilis constitutionnelle se manifestent en général en même temps que l'amaurose; tels sont les différentes formes de syphilides, les tubercules muqueux, l'alopécie, les ulcères profonds du tissu cellulaire sous-cutané, etc.; mais je dois dire aussi qu'il n'est pas rare de trouver des cas dans lesquels tous les accidents syphilitiques ont disparu depuis longtemps sous l'influence du traitement mercuriel, lorsque l'amaurose se présente. En effet, dans mes notes je trouve que, trois fois sur dix, l'amaurose était la seule maladie qui révélât la présence de la syphilis constitutionnelle. Mais peut-on diagnostiquer une amaurose syphilitique, lorsque depuis des années le malade se croit complétement guéri de la syphilis constitutionnelle? Peut-on, par l'examen de l'œil amaurotique, reconnaître que la vérole en est la cause? Y a-t-il un symptôme pathognomonique de l'amaurose syphilitique?

Je crois pouvoir affirmer que ce symptôme existe, et quoique je ne l'aie pas trouvé enregistré dans les ouvrages que j'ai consultés, je n'hésite pas à vous le signaler, parce que je l'ai rencontré constamment dans tous les cas d'amaurose syphilitique qui ne reconnaissaient pas pour cause la lésion d'une ou de toutes les branches du nerf de la cinquième paire.

Voici le symptôme que j'ai trouvé dans la goutte sereine syphilitique :

Le globe de l'œil atteint d'amaurose syphilitique est plus saillant que l'autre, et lorsque les deux yeux sont amaurotiques, la proéminence est plus forte dans l'œil par lequel la maladie a commencé.

Dans la grande majorité des cas, l'exophthalmos est facilement constaté; mais dans quelques-uns il est nécessaire d'examiner les deux yeux après avoir fait fermer les paupières; de cette manière, la saillie de l'œil amaurotique est également appréciable au toucher.

Quelle est la cause du déplacement de l'œil dans l'amaurose syphilitique? Quel est le siége de la cause qui repousse l'œil? Le trouble dans la vision est-il l'effet de la distension du nerf optique, ou plutôt de sa compression à son entrée dans l'orbite? Y a-t-il une périostite, une périostose de l'orbite qui comprime le nerf optique et produit le déplacement de l'œil?

Telles sont les questions, bien difficiles à résoudre, que je livre à votre examen.

Je me bornerai aux considérations suivantes. La périorbitis chronique, décrite par M. Hamilton (2), reconnaît généralement pour cause la syphilis. Eh bien, Messieurs, nous y trouvons que le globe de l'œil fait saillie hors de l'orbite; qu'il y a ptosis ; que les mouvements de l'œil sont empêchés; que la vision est confuse et que le malade voit double; que les paupières sont gonflées et d'un rouge pâle ou œdémateuses; que la conjonctive est le siége d'un chémosis séreux ; qu'il y a gonflement apparent du périoste, surtout en dedans du rebord de l'orbite ; qu'on perçoit même quelquefois la fluctuation, et que les deux tiers internes de la portion orbitaire du frontal, dans le point où l'os est le moins protégé par les parties molles, sont les régions qui sont de beaucoup les plus sujettes à cette affection.

Il est vrai que, dans l'amaurose syphilitique qui se présente en général à notre observation, il n'y a pas de gonflement de l'œil où des paupières, les

(1) Scarpa. *Sulle principali malattie degli occhi.* 1811. Venezia, p. 271.
(2) *Dublin Journal of Medical Science*, vol. IX, p. 255, Dublin, 1836. *Ibid.* vol. XXVII, p. 385, Dublin, 1845.

contractions des muscles sont conservées, et il ne paraît pas que la tonicité naturelle en ait été diminuée ; il n'y a pas de diplopie ni de gonflement apparent du périoste ; mais si l'on comprime le rebord et surtout la voûte de l'orbite, si l'on refoule en arrière le globe de l'œil, on détermine une sensation douloureuse dans le périoste. Il me paraît que l'on pourrait conclure de là que la saillie du globe de l'œil, observée dans l'amaurose, quoiqu'elle soit moins considérable que celle indiquée par M. Hamilton dans la périorbitis, reconnaît aussi pour cause une périostite chronique profonde de l'orbite.

L'exophthalmos, dont la cause réside dans le phlegmon de l'orbite ou des tumeurs placées au-dessus de l'œil ou au côté nasal ou temporal, est souvent bien plus considérable que la saillie de l'œil que l'on observe dans l'amaurose syphilitique. Cependant la vision est alors souvent conservée malgré une très forte distension du nerf optique. Boerrhave avait déjà vu une amaurose uni-oculaire produite par une exostose syphilitique qui comprimait le nerf optique à l'entrée de celui-ci dans l'orbite. Dupuytren, Lallemand et M. Deval ont observé des cas semblables. N'est-il donc pas probable qu'une lésion des os de l'orbite est non-seulement la cause de la saillie de l'œil amaurotique, mais en même temps celle de la compression du nerf au niveau du trou optique ?

La proéminence de l'œil amaurotique ne disparaît pas toujours entièrement après un traitement iodico-mercuriel, même continué pendant longtemps, lorsque la vision est déjà complétement rétablie. Cette persistance de la saillie du globe de l'œil après la guérison de l'amaurose ne serait-elle pas due à la périostose orbitaire, qui n'est plus susceptible de se résoudre complétement ?

Mais si l'amaurose syphilitique est produite par la compression de la branche sus-orbitaire ou de toutes les branches de la cinquième paire, comme j'en ai observé quelques cas, alors non-seulement il n'y a pas d'exophthalmos, mais on trouve que l'œil amaurotique est plus petit et moins consistant. Dans ces cas, qui sont beaucoup plus rares que ceux d'amaurose syphilitique révélée par un certain degré de saillie du globe oculaire, il est certainement plus difficile d'en reconnaître la cause ; mais, en examinant le commémoratif et surtout en touchant les os frontal et maxillaire, on trouve en général des raisons suffisantes de soupçonner qu'une lésion osseuse syphilitique est la cause de la compression du nerf de la cinquième paire, et que l'amaurose est produite par le trouble de la nutrition qui survient dans tout l'organe, et par l'absence de l'excitation nerveuse que la cinquième paire lui communiquait.

Je ne sais, Messieurs, si l'exophthalmos, qui m'a fait reconnaître bien des fois la cause syphilitique de la goutte sereine, pourra réellement se poser comme symptôme pathognomonique de l'amaurose syphilitique, mais je crois au moins qu'il sera toujours un symptôme bien précieux dans le diagnostic de cette maladie.

Le traitement de l'amaurose syphilitique a consisté jusqu'à présent dans l'emploi de l'iodure de potassium et du mercure.

L'iodure de potassium, qui exerce une action salutaire dans le traitement de la périostite, fait souvent disparaître l'amaurose syphilitique ; mais la guérison de cette maladie, comme celle de tous les autres accidents syphilitiques obtenue par le seul iodure de potassium, n'est jamais radicale. Peu de temps après, des manifestations de syphilis constitutionnelle se reproduisent. J'ai vu l'amaurose reparaître dans l'autre œil, puis guérir dans les deux yeux par le seul iodure de potassium, et être suivie d'iritis ou de paralysie du nerf de la

troisième ou de la sixième paire. Ainsi, pour moi, il est bien certain que l'iodure de potassium, même administré à des doses élevées et pendant des mois et des années, ne guérit jamais d'une façon radicale la syphilis constitutionnelle. Il en résulte qu'il faut ensuite recourir au traitement mercuriel. — Mais les récidives de la vérole après l'usage du mercure sont fréquentes. C'est au moins ce que l'on observe, lorsqu'on peut voir pendant quelques années les individus traités par cet agent.

Les maladies du système osseux, l'amaurose, la paralysie des nerfs cérébraux, la paralysie des extrémités, les maladies de l'encéphale, en un mot les accidents syphilitiques les plus graves, se présentent le plus souvent chez les individus qui ont dû recourir plusieurs fois au mercure pour guérir de la syphilis, et chez lesquels il y a un mélange de syphilis et de mercure qui a détérioré considérablement leur organisme. L'usage prolongé et répété du mercure, auquel on est souvent obligé de recourir pour faire disparaître la vérole, n'est donc pas sans inconvénient. Il y a même des auteurs très estimés (1) qui croient que la périorbitis reconnaît quelquefois pour cause l'usage immodéré du mercure. N'est-il donc pas utile d'étudier si l'on peut débarrasser l'organisme de la syphilis constitutionnelle sans devoir recourir à cet agent? Eh bien! Messieurs, ce moyen existe, il donne depuis sept ans des résultats très satisfaisants, et il est digne de fixer un instant votre attention. Je veux parler du *traitement de la syphilis constitutionnelle par la syphilisation.*

Le 18 novembre 1850, M. Auzias Turenne, dans une lettre adressée à l'Académie des Sciences de Paris, annonça le phénomène suivant :

« Quand, dit-il, on communique à un animal des chancres successifs par inoculation, quelle que soit la distance qu'on mette dans leur succession ou de quelque manière qu'on les combine, le premier chancre se manifeste plus vite, devient plus large, fournit plus de pus, s'accompagne d'une inflammation plus grande, et enfin dure plus que le deuxième. Celui-ci est au troisième ce que le premier est au second, et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'animal ne puisse plus en contracter aucun. Cet animal est ainsi vacciné contre la syphilis, c'est-à-dire que l'état, dans lequel il se trouve relativement à la syphilis, est analogue à celui dans lequel nous nous trouvons relativement à la petite vérole, après avoir subi l'inoculation du vaccin ou de la petite vérole. Je désigne cet état par le mot *syphilisation* ou par les termes de *vaccination syphilitique.* Les singes sur lesquels j'ai expérimenté sont actuellement, pour la plupart, dans cet état.

« L'animal syphilisé se trouve à l'abri de toute contagion syphilitique. »

Il a encore ajouté : « Ce n'est pas un fait que j'annonce légèrement; il m'a été au contraire démontré par toutes les expériences que j'ai faites. Des observations entreprises sur l'homme sont venues le confirmer. »

L'étude clinique de la syphilis m'avait enseigné depuis longtemps que, chez les individus qui contractent souvent et successivement des chancres, ceux-ci se développent toujours moins facilement et se cicatrisent plus rapidement, et qu'une minime quantité du virus syphilitique, introduite dans l'organisme par un petit chancre, donne lieu beaucoup plus souvent à la syphilis constitutionnelle que lorsque plusieurs chancres existent en même temps et successivement. Par conséquent, je me suis cru autorisé à étudier la syphilisation chez l'homme déjà atteint de syphilis, mais jamais sur l'homme sain. J'ai d'abord constaté que le singulier phénomène annoncé par M. Auzias Turenne, la diminution des chancres successifs jusqu'à l'immunité, se mani-

(1) MACKENZIE. *Loc. cit.* t. I[er], p. 41.

festait chez l'homme aussi bien que chez les animaux, mais en même temps j'ai vu un autre fait, qui devait rendre bien plus importante cette découverte, c'est-à-dire que j'ai vu, non-seulement la syphilis primitive, mais aussi la syphilis constitutionnelle disparaître peu à peu sous les inoculations du virus chancreux ; j'ai constaté en un mot la guérison de la vérole par la syphilisation.

Le fait annoncé par moi (1), le 23 mai 1851, à l'Académie médico-chirurgicale de Turin, éveilla de suite l'attention de quelques sociétés savantes qui, s'étant emparées de la question lorsqu'elle ne faisait que de naître, ont cru pouvoir prononcer des jugements peu favorables, que tôt ou tard elles seront obligées de réformer dans l'intérêt de la science.

L'importance des nombreux faits de syphilis constitutionnelle traités par la syphilisation, que j'avais recueillis pendant les premières années de mes recherches, et que j'ai publiés en 1853 (2) et en 1854 (3), fut bientôt mise en évidence et pleinement confirmée par un grand nombre de faits, que M. le professeur Boeck, de Christiania, a publiés en 1853 (4), en 1854 (5), en 1855 (6), en 1856 (7) et en 1857 (8), par la publication de trois observations que M. le professeur Stenberg, de Stockholm, a recueillies en 1855 (9), et par les expériences que M. Sigmund a annoncées dans la séance du 23 mai 1856, de l'Académie impériale de Vienne (10).

A Turin, comme à Christiania et à Stockholm, l'inoculation du pus syphilitique, pris sur un chancre dans la période de progrès, répétée sans interruption tous les quatre ou cinq jours, a donné l'immunité contre le virus syphilitique, a fait disparaître les accidents syphilitiques, et a amélioré constamment l'état de la santé générale des syphilisés.

Au nord comme au midi de l'Europe, le même phénomène a été constaté et les mêmes résultats ont été obtenus.

Ainsi, d'après les recherches faites en Norwége, en Suède, en Autriche et en Italie, je crois pouvoir conclure que la syphilisation, comme méthode curative de la syphilis constitutionnelle, sera tôt ou tard généralement acceptée.

Ne pouvant entrer dans tous les détails qu'exigerait l'exposition des études faites sur cette nouvelle méthode de traiter la syphilis, je me bornerai aux propositions suivantes :

1. L'organisme auquel on a fait un certain nombre d'inoculations chancreuses subit peu à peu un changement, une modification par laquelle, après

(1) *Sifilizzazione nell' uomo.* Memoria di C. Sperino letta nell' adunanza del 23 maggio 1851 della R. Accademia Medico-chirurgica di Torino.

(2) *La sifilizzazione studiata qual mezzo curativo e preservativo della malattie veneree*, da C. Sperino. Torino, 1853. Ouvrage traduit en français par M. Trésal. Paris, librairie Chamerot.

(3) *Esame critico del rapporto della commissione incaricata dall' Accademia medico-chirurgica di Torino di studiare la sifilizzazione applicata all' uomo come mezzo curativo e preservativo delle malattie veneree, e stato attuale della questione*, per C. Sperino. 1854, Torino.

(4) *Syphilisations förzög foretagne*, of W. Boeck. Christiania, 1853.

(5) *Syphilisationen studeret ved sygesengen*, of W. Boeck. Christiania, 1854.

(6) *Recueil d'observations sur les maladies de la peau*, par W. Boeck et D. C. Danielssen. Première livraison. Christiania, 1855.

(7) *Die Syphilisationen bei Kindern*, von W. Boeck. Christiania, 1856.

(8) *Syphilisationen fom curmethode*, ved W. Boeck. Christiania, 1857.

(9) *Om syphilisationen, jemte nägra med densamma anställda försök*, of Dr S. Stenberg Stockholm, 1855.

(10) *Wochenblatt der Zeitschrift der Kaiserl. Konigl. Gesellschaft der Aerzte zu Wien. Sections-Sitzung für therapie, am 23 mai* 1856, page. 386.

M. Sigmund, après avoir exposé que les faits publiés par M. Boeck, de Christiania, confirment les résultats obtenus par moi, dit que les expériences faites par lui prouvent la véracité de celles faites par MM. Boeck et Sperino.

un laps de temps, variable selon les individus, le nombre et le développement des chancres artificiels, mais en général après trois mois, arrive à l'épuisement de la réceptivité syphilitique, fait physiologique d'une très grande importance; c'est-à-dire que si l'on inocule toujours le même pus pris sur des chancres successifs, la virulence en est perdue après quelques générations, et l'inoculation devient sans effet. Un second pus, pris sur un chancre en voie de progrès chez un autre individu, produit encore quelques chancres, mais plus petits que les premiers. Après un petit nombre de générations, l'inoculation donne de nouveau des pustules abortives, et enfin elle devient sans effet. Un troisième, un quatrième pus, toujours pris sur un chancre récent, en voie de progrès, chez d'autres individus, donne successivement des chancres artificiels plus petits, jusqu'au moment où l'inoculation du pus qui, chez un autre individu non syphilisé, donne lieu à des chancres d'une certaine dimension, ne produit plus aucun résultat chez le syphilisé.

Ainsi, dans le but d'abréger le temps de ce traitement, il faut inoculer le plus possible le pus d'un chancre récent d'un autre individu, comme je l'avais déjà indiqué dans mon ouvrage, parce que l'organisme qui est en voie de syphilisation ressent de moins en moins l'impression du virus dont on lui répète l'inoculation, et perd petit à petit la faculté de le sécréter. Ainsi, la période de virulence dans les dernières pustules est à peine de quelques heures ou de quelques jours.

Cependant, je dois dire que la diminution successive de la virulence du pus chancreux, sécrété chez l'individu qui est en voie de syphilisation, est seulement sensible à celui-ci, car le même pus, dont l'inoculation répétée chez le syphilisé ne donne plus que des pustules abortives, produit des chancres sur un autre individu.

2. Le pus pris sur un chancre simple ou induré d'individus chez lesquels la vérole s'est développée deux ou trois mois après, ou chez des individus où son introduction n'a pas été suivie de syphilis constitutionnelle, a produit également des chancres artificiels qui ont fait disparaître la vérole et ont fait rentrer le syphilisé dans un état de parfaite santé. Un très grand nombre de faits m'ont convaincu de cette vérité.

3. Deux ou trois inoculations, répétées tous les trois, quatre ou cinq jours, produisent un effet salutaire plus prompt sur la syphilis constitutionnelle que plusieurs inoculations faites à de courts intervalles.

4. Les premiers chancres artificiels étant ceux qui laissent une cicatrice, je préfère les pratiquer d'abord sur les parties latérales et supérieures du thorax. On peut ensuite en faire sur les bras et enfin sur les cuisses, où ils se développent toujours mieux qu'ailleurs, par des raisons que j'ai indiquées dans mon ouvrage.

5. Les chancres artificiels, dont le développement et la durée diminuent d'une façon successive à mesure que l'on renouvelle les inoculations, n'exigent aucun traitement. Ils se couvrent d'une croûte qu'il faut ouvrir de temps en temps pour donner issue à la matière purulente. On applique sur les chancres un cataplasme émollient, si l'inflammation est un peu forte.

6. Avant et pendant le traitement, il faut éloigner les causes susceptibles de faire développer la complication d'une maladie inflammatoire. Si celle-ci survenait, les chancres artificiels pourraient s'enflammer et prendre une certaine gravité, surtout chez les individus qui ont déjà été traités par les mercuriaux. Ainsi, il est quelquefois nécessaire de recourir à un purgatif, à quelques bains, à des boissons délayantes, avant ou pendant que l'on pratique les inoculations.

7. Trois mois étant presque toujours nécessaires à l'évolution de la syphilis

constitutionnelle, à dater du chancre qui a infecté l'organisme, on observe que si en général on voit, après 10, 15 ou 20 jours de traitement syphilisant, une amélioration dans les accidents syphilitiques, il faut presque toujours un intervalle de deux, trois mois, et même plus pour obtenir la disparition complète de la syphilis constitutionnelle. Ce temps est variable selon les individus, selon la gravité et la durée des manifestations syphilitiques, selon que la syphilis est acquise ou héréditaire, et il est en général plus long si l'individu a déjà subi des traitements mercuriels.

Il paraît donc qu'il faut au virus, introduit dans l'organisme par plusieurs chancres artificiels, à peu près le même temps pour éteindre le virus passé à l'état de syphilis constitutionnelle, qu'il avait employé pour arriver de l'état de virus chancreux à celui d'infection générale.

8. Si, après quelques inoculations, on interrompt le traitement pour plusieurs jours, on voit souvent survenir de nouveaux accidents syphilitiques, ou s'aggraver ceux qui existaient, mais les uns et les autres disparaissent bientôt si l'on reprend les inoculations, et si on les répète sans interruption jusqu'à l'immunité.

9. Lorsque les inoculations ne donnent plus que de petites pustules abortives, avant que tous les accidents de la syphilis constitutionnelle aient disparu, ce qui arrive surtout chez les individus déjà mercurialisés, on donne au malade une bonne nourriture, on le fait marcher, on lui fait des inoculations sur les extrémités inférieures, et si cela ne suffit pas pour faire développer davantage quelques chancres, on lui administre une petite dose d'iodure de potassium. Après l'usage de ce médicament, les inoculations subséquentes sont suivies d'ulcères plus considérables, et la syphilis constitutionnelle guérit plus facilement.

10. Les individus chez lesquels la syphilis constitutionnelle s'est manifestée à la suite de chancres multiples, guérissent beaucoup plus promptement sous les inoculations syphilitiques que ceux chez lesquels la vérole a pris naissance par un petit chancre. Quelques observations m'ont démontré ce fait très important.

11. Les inoculations répétées du virus chancreux guérissent non-seulement la syphilis constitutionnelle chez les adultes, comme j'en ai publié plusieurs faits, mais aussi la syphilis acquise ou héréditaire chez les enfants, comme M. Boeck, dont les études sur la syphilisation comme méthode curative de la syphilis sont très importantes, l'a annoncé en 1856, et comme je l'ai aussi vu chez neuf enfants.

La syphilis constitutionnelle, récidivée chez une nourrice et son nourrisson après un traitement mercuriel, a complétement disparu par la syphilisation que j'ai pratiquée chez tous deux.

12. J'ai traité par la nouvelle méthode curative presque toutes les manifestations de la syphilis constitutionnelle, et je les ai vues disparaître par la syphilisation bien pratiquée, non interrompue et suivie jusqu'à l'immunité. Je dois excepter quelques cas de syphilisation incomplète, ou faite par des inoculations trop nombreuses à la fois dans les deux premières années de mes recherches, faits que j'ai tous publiés dans mon ouvrage; je dois excepter deux cas de lésions osseuses anciennes et réfractaires à l'emploi du mercure et de l'iode, accompagnées dans un cas d'épilepsie et de paralysie, car dans ces cas je n'ai obtenu qu'une amélioration temporaire; et enfin quelques autres cas de maladies du système osseux, surtout chez des individus déjà mercurialisés, dans lesquels j'ai dû alterner pendant quelque temps l'iodure de potassium et la syphilisation. Je dois dire cependant qu'en général une petite dose d'iodure de potassium suffit.

13. Si quelques manifestations de la syphilis constitutionnelle se reproduisent après la syphilisation, ce qui n'arrive que rarement, et presque toujours peu de temps après que l'on a cessé le traitement, ou lorsqu'on n'est pas arrivé jusqu'à l'immunité absolue, ou que les individus avaient pris auparavant beaucoup de mercure, il faut encore faire quelques inoculations. En peu de temps on voit que la santé est rétablie. Alors la guérison de la syphilis persiste. C'est ce qui a été observé à Christiania et à Turin.

14. Quelques cas de maladies oculaires syphilitiques ont aussi été traités avec succès par la syphilisation. Dans les observations 88 et 94, insérées dans mon ouvrage, il y avait, dans le premier cas, les affections suivantes : tubercules muqueux ano-vulvaires, syphilide papuleuse, ulcères profonds du tissu cellulaire sous-cutané, ostéocopie, iritis et cachexie syphilitique. Cette femme, guérie en 1852 par la syphilisation, fut examinée et trouvée dans un état de parfaite santé en 1854 par M. Flarer, de Pavie. Dans l'autre cas (*Obs.* 94), le diagnostic était le suivant : psoriasis syphilitique confluent et iritis. — La guérison de cette fille date aussi de 1852.

Un des cas récents d'iritis double, traité par la syphilisation, que je n'ai pas encore publié, a été examiné par M. Warlomont, le 18 juillet dernier, trois jours avant que j'eusse commencé les inoculations. On y observait les accidents syphilitiques suivants : tubercules muqueux vulvaires, syphilide papulo-pustuleuse, alopécie, pustules humides sur les amygdales et aux commissures de la bouche, engorgement des glandes cervicales postérieures, anémie, marasme, fièvre syphilitique avec recrudescence vespertine et iritis dans les deux yeux. Je fis instiller de l'atropine deux fois par jour comme dans tous les cas d'iritis, et je pratiquai les inoculations sans interruption tous les quatre jours. — Amélioration bien sensible dix jours après la première inoculation ; diminution de tous les accidents syphilitiques, et amélioration de la santé quarante jours après. Quelques inoculations seront encore faites pour consolider la guérison et atteindre l'immunité.

L'amaurose syphilitique a aussi été traitée par la syphilisation, mais, sa cause étant une lésion osseuse, j'ai cru devoir employer conjointement l'iodure de potassium et les inoculations du virus chancreux. Je vous en exposerai en peu de mots deux observations.

Obs. 1. Marguerite G., femme T., âgée de 19 ans, de tempérament lymphatique, mariée depuis deux ans, est entrée le 11 mai 1857 dans le Syphilicôme de Turin. Elle n'a jamais été enceinte. Elle habite la province, et son mari qui l'accompagne m'a donné les renseignements suivants :

Dans le mois de janvier dernier, après des rapports avec une autre femme, il a contracté un petit chancre au prépuce, qui s'est cicatrisé en quinze jours. Première infection — point d'induration dans la cicatrice du chancre — engorgement indolent de quelques glandes inguinales — pas de mercure — point de manifestations de syphilis constitutionnelle. Je l'ai encore trouvé sans vérole à la fin du mois d'août, c'est-à-dire huit mois après qu'il eût contracté le chancre.

Chez la femme, légère cuisson aux parties génitales peu de jours après que son mari eût contracté le chancre au prépuce, — point de traitement. — La cuisson disparaît en peu de jours — bonne santé pendant les mois de février et mars. Dans le mois d'avril, trois mois après l'infection, taches à la peau, probablement roséole syphilitique, maux de gorge, gonflement et cuisson des grandes lèvres, douleurs articulaires, douleurs à la tête, diminution de la vision dans l'œil gauche et fièvre avec recrudescence vespertine. On l'a cru

atteinte d'affection rhumatismale et de congestion cérébrale, et on lui a fait plusieurs saignées.

N'ayant pas été soulagée par le traitement qu'on lui a fait subir chez elle, et ne voyant presque plus de l'œil gauche, elle vint me consulter, et c'est d'après mon conseil qu'elle entra dans le Syphilicôme.

État à l'entrée. — Cicatrice récente non indurée au côté gauche de l'orifice vaginal entre deux caroncules; traces de tubercules muqueux sur les grandes lèvres; engorgement indolent de quatre petites glandes inguinales des deux côtés; traces de plaques muqueuses aux amygdales; engorgement des glandes cervicales postérieures, surtout à gauche; alopécie bien avancée; périostite dans le côté gauche du pariétal, du frontal, surtout au rebord de l'orbite et à la voûte orbitaire; malaise; douleurs dans toutes ces parties, plus fortes la nuit; amaurose presque complète de l'œil gauche, dont la saillie est très évidente; insomnie, anémie, aménorrhée.

Je lui ai administré l'iodure de potassium à la dose d'un gramme par jour, et je lui ai fait le jour même de son entrée dans le Syphilicôme deux inoculations, que j'ai renouvelées tous les quatre jours.

Le pus fut pris sur des chancres, dans la période de progrès, chez quatre filles entrées pour la première fois à l'hôpital. Chez une de ces filles, le chancre était induré et elle a eu, deux mois et demi après, les premières manifestations de la syphilis constitutionnelle.

Les premiers chancres étaient larges de deux centimètres, et dans les autres on observa la décroissance régulière. Elle eut trente-huit chancres, cinquante pustules abortives et six résultats négatifs. L'amélioration de tous les accidents syphilitiques a commencé huit jours après la première inoculation, et la guérison a été complète à la fin du mois de juin. La menstruation lui est revenue. La saillie de l'œil gauche a disparu presque entièrement. Elle est sortie en état de parfaite santé, le 8 juillet, et sa guérison persiste. Le traitement a duré deux mois.

Ce fait est important sous plusieurs rapports. D'abord, il prouve l'utilité des inoculations répétées du virus chancreux, ensuite il démontre que la méthode antiphlogistique n'empêche pas l'évolution de la vérole, et il nous fait connaître que la dualité du virus syphilitique, que l'on voudrait maintenant faire renaître en France, n'a pas de bases bien solides, car le même pus chancreux donna lieu chez la femme à la syphilis constitutionnelle, et n'a rien produit jusqu'à présent chez le mari. D'ailleurs ces faits ne sont pas très rares.

Obs. 2. Célestine V..., femme T..., agée de 38 ans, tempérament sanguin, mal réglée depuis trois ans, entrée le 20 avril au Syphilicôme de Turin.

Je n'ai pu avoir de renseignements exacts sur ses antécédents. Elle dit avoir contracté la maladie de son mari, il y a quatre ans, et avoir subi, il y a trois ans, dans un autre hôpital, un long traitement mercuriel.

Douleurs à la tête, surtout à la région frontale depuis quelques mois, et apoplexie cérébrale dans les premiers jours du mois de mars, qui fut traitée par la méthode antiphlogistique, et qui lui a laissé une paralysie presque complète des extrémités inférieures et une diminution très forte de la vision, surtout dans l'œil gauche.

Les deux yeux étaient très saillants, mais l'exophthalmos était plus considérable dans l'œil gauche. Les pupilles étaient dilatées, surtout la gauche, et l'iris peu mobile. Les mouvements du globe de l'œil ont toujours été libres.

Point de périostite apparente dans les os du crâne, mais elle accuse une douleur lorsqu'on comprime la voûte orbitaire. Pas d'accidents syphilitiques

ien évidents, sauf un léger engorgement des glandes cervicales postérieures, ui n'a pas disparu tout à fait par le traitement mercuriel qu'elle a subi il y a rois ans.

L'iodure de potassium administré pendant un mois n'ayant produit qu'une mélioration peu sensible, je lui ai fait le 13 mai les deux premières inoculations, qui furent ensuite renouvelées tous les quatre jours. Les chancres artificiels, même ceux des cuisses, ont eu une petite extension. Le pus fut pris sur es chancres en voie de progrès chez cinq autres malades récemment entrées. Parmi celles-ci, il y en a une dont le chancre a déjà été suivi de syphilis constitionnelle.

Quinze jours après la première inoculation, il y eut une amélioration bien ensible. Elle commença à marcher et à voir un peu mieux. Dans le mois le juillet elle marchait toute seule, et la vision de l'œil droit était à l'état normal; celle du gauche avait subi aussi une amélioration considérable.

Elle sortit de l'hôpital le 3 août en bon état de santé générale, mais la aillie de l'œil gauche, dont la vision n'est pas parfaitement rétablie, n'est as tout à fait disparue. Elle marche, mais la force musculaire des extrémités nférieures n'est pas encore revenue à l'état normal.

Ses inoculations ont été au nombre de cent cinquante, qui ont donné quaante-deux chancres et soixante pustules abortives. Le traitement syphilisant a duré deux mois et demi.

Cette femme a été examinée par M. Warlomont.

Je pourrais encore vous exposer deux autres observations d'amaurose syphilitique, associée à une cachexie très prononcée, traitée tout récemment dans ma maison de santé par la syphilisation et l'iodure de potassium ; mais, ne voulant pas étendre davantage ce mémoire qui est déjà beaucoup trop long, je noterai seulement les circonstances suivantes :

Dans un cas, la syphilis constitutionnelle avait pendant huit ans récidivé sous plusieurs formes, après des traitements iodico-mercuriels; l'amaurose de l'œil gauche, plus saillant que le droit, était accompagnée de deux abcès sous-périostiques au frontal, d'un au pariétal gauche, et de périostose du sternum et du fémur droit.

Dans l'autre cas, l'amblyopie amaurotique de l'œil droit, un peu plus petit que le gauche, était associée à une tumeur lacrymale du même côté, chez un individu âgé de trente-cinq ans, atteint depuis trois ans de syphilis constitutionnelle récidivée pour la troisième fois, après l'usage du mercure et de l'iodure de potassium.

La cause de la tumeur lacrymale était une périostose de la branche ascendante du maxillaire supérieur, et l'amaurose la conséquence de la compression de la branche sus-orbitaire du nerf de la cinquième paire cérébrale, exercée par une périostite évidente du frontal.

Les douleurs, les troubles dans la vision et la tumeur lacrymale ont commencé à s'améliorer douze jours après les premières inoculations, et un mois après elles avaient presque disparu.

L'amaurose, dans les deux cas, a disparu par les inoculations répétées du virus chancreux et par l'iodure de potassium.

15. Deux femmes affectées, l'une de tubercules muqueux aux parties génitales et à la commissure labiale droite, de psoriasis syphilitique et de favus (V. *obs.* 93 de mon ouvrage) et l'autre de plaques muqueuses vulvo-périnéoanales, d'engorgement des glandes inguinales, de syphilide papuleuse, confluente aux extrémités inférieures, d'alopécie, d'engorgement des glandes

cervicales postérieures, d'ulcérations scorbutiques aux gencives et de favus, ont été guéries en même temps de la syphilis constitutionnelle et de la teigne faveuse par la seule syphilisation. La première a été traitée en 1852, et l'autre en 1855. La syphilis constitutionnelle et le favus n'ont pas reparu chez elles.

16. L'état de la santé générale des syphilisés est constamment amélioré par les inoculations, et cette amélioration persiste. J'ai sous les yeux un certain nombre d'individus guéris de la syphilis constitutionnelle en 1851 et 1852. Ils continuent à jouir d'une santé parfaite. Une femme, guérie de graves accidents de syphilis généralisée en 1852, eut en 1854 un garçon bien portant; mais l'ayant consigné à l'hospice de la Maternité, il m'est impossible d'en surveiller la santé.

Ce fait, quoique incomplet, est néanmoins de quelque importance, car il prouve que la femme guérie de la syphilis généralisée par les inoculations chancreuses porte à terme un enfant non syphilitique.

La syphilisation fait rentrer dans l'état physiologique la nourrice et le nourrisson, comme j'ai déjà eu l'honneur de le dire.

Je crois que l'on peut conclure des cas de syphilis constitutionnelle guéris à Turin et à Christiania, que non-seulement la syphilis constitutionnelle disparaît par les inoculations répétées du virus chancreux, mais que très probablement la diathèse syphilitique s'éteint tout à fait sous l'influence de la syphilisation.

L'étude du nouveau phénomène a porté dans la science des matériaux qui seront aussi de quelque importance pour résoudre plusieurs questions de syphilographie. J'en avais déjà parlé en 1853, dans mon livre, et j'y reviendrai probablement encore.

Cette courte exposition des avantages de la syphilisation, que j'ai appliquée au traitement de la syphilis constitutionnelle, pourra-t-elle engager quelques uns de vous, Messieurs et très honorables confrères, à y recourir au moins dans les cas graves de syphilis constitutionnelle?

Je le désire et je l'espère, dans l'intérêt de la science comme dans celui des malades confiés à vos soins éclairés.

NOTE SUR LE MÊME SUJET

PAR LE DOCTEUR BOECK, DE CHRISTIANIA.

Les faits de maladies oculaires syphilitiques guéries par l'inoculation répétée du virus chancreux, dont M. Spérino a entretenu le Congrès, ont dû, je n'en doute pas, fixer sérieusement l'attention de tous ceux qui en ont entendu l'exposé.

Ayant aussi l'honneur d'assister au Congrès d'ophthalmologie, je me crois obligé, dans l'intéret de la vérité, de venir déclarer ici que les résultats des études que j'ai faites depuis cinq ans à Christiania, à l'hôpital des maladies

vénériennes, ont été les mêmes que ceux obtenus à Turin, et qu'ils en confirment entièrement la véracité et l'importance.

Parmi les 200 cas de syphilis constitutionnelle que j'ai guéris par la syphilisation, il y en a treize d'iritis syphilitique, qui, chez cinq individus, s'était manifestée dans les deux yeux. Elle était aiguë dans tous les cas, mais très-intense dans trois.

Elle existait chez des individus atteints de syphilis constitutionnelle, que j'avais soumis depuis quelque temps à la syphilisation, et chez tous l'iritis guérit par les inoculations répétées jusqu'à l'immunité.

Dans les cinq premiers cas, j'ai employé en même temps une solution de sulfate d'atropine, et j'ai eu recours aux sangsues et à des vésicatoires; mais dans huit cas je n'ai fait que des inoculations du virus chancreux, et l'iritis a été guérie de façon à ne plus laisser aucune trace. La mobilité même de l'iris s'est rétablie, et la vision est rentrée dans son état normal.

Je crois donc pouvoir dire que, depuis trois ans, j'ai tout à fait abandonné l'emploi du mercure contre les maladies vénériennes, et je suis parfaitement convaincu que les inoculations du virus chancreux, répétées jusqu'à l'immunité dans le traitement de la syphilis constitutionnelle, seront tôt ou tard généralement adoptées chez les adultes et chez les enfants.

MONUMENT A ÉLEVER A LA MÉMOIRE DE MORGAGNI.

Des toiles et des marbres ornent cette salle de l'image des illustrations de tous les pays. Tirons de ce fait général, Messieurs, cet enseignement : que la science, brisant les barrières des nationalités, a la prétention justifiée d'être cosmopolite. En effet, on a, vous le savez, ou individuellement, ou collectivement, pensé à consacrer la mémoire des savants et des hommes utiles, soit au moyen de la peinture, de la sculpture ou de monuments, soit par l'application du nom de ces hommes à des rues ou à des établissements publics d'une utilité reconnue.

Eh bien! Messieurs, Morgagni (présent dans la mémoire de chacun de vous) n'a pas même, dans sa patrie, un monument digne de lui.

Permettez-moi, Messieurs, de faire part (en mon nom et au nom de mon honorable collègue, M. Borelli) de la mission dont nous avons été chargés par le Comité médical de Fourli, de demander votre concours à une souscription collective, dans le but d'ériger à l'illustre créateur de l'anatomie pathologique un monument digne de transmettre sa mémoire à la postérité.

L'appel que je fais dans cette enceinte a été couronné naguère d'un plein succès au congrès de Grenoble; je demande à la Belgique ce que j'ai demandé avec bonheur à la France; je prie chacun de vous, dès qu'il sera rentré dans son pays, d'ouvrir une souscription dont il voudra bien adresser le montant au Comité central de Fourli ou à la direction de la *Gazette médicale des États sardes*,

à Turin; — enfin, je propose au congrès d'émettre un vœu tendant à ce qu la ville de Bruxelles (pour conserver le souvenir de cette illustre réunion donne à l'une de ses rues, à l'une de ses places, à quelqu'un de ses monuments, le grand nom de Morgagni.

RIBOLI.

PRÉSENTATIONS DIVERSES.

Dans l'intervalle des séances, et pendant les travaux des sections, diverse démonstrations anatomiques, microscopiques et ophthalmoscopiques ont ét faites dans l'antichambre de la deuxième section.

M. le docteur d'Ammon, de Dresde, médecin du roi de Saxe, a communiqu à MM. les membres du Congrès une riche collection de dessins ophthalmologiques, se rapportant aux états physiologique et pathologique de l'œil humain

Ces dessins sont représentés sur quarante planches : la *première parti* comprend 262 figures, réparties sur huit planches; ces figures, dessiné d'après nature par l'élégant crayon du célèbre peintre anatomiste Kranz, d Dresde, constituent une véritable iconographie pour l'histoire du développement de l'œil humain, qui depuis plus de 25 ans a fait l'objet des étude de M. d'Ammon.

Fondé sur d'innombrables recherches pratiquées sur le fœtus de l'homme le travail de l'illustre médecin de Dresde, qui en est arrivé au point de pouvoir être publié très prochainement, résumera toutes les phases que parcour l'œil humain pour arriver à son complet développement. Cet ouvrage, tou original et richement illustré de dessins aussi splendides que fidèles, et qu est actuellement sous presse, ne peut manquer d'exercer une grande influenc scientifique sur la doctrine actuelle de l'anatomie normale et de la physiologi de l'œil; d'autre part, la doctrine fondée par M. d'Ammon sur les maladi congénitales et les vices de conformation des différentes parties du glob oculaire et de ses annexes y trouvera de nouveaux éléments de confirmation

La *seconde partie* de la collection iconographique de M. d'Ammon se compose de plus de 400 figures coloriées, réparties sur 32 planches et représentant la partie *pathologique* de l'ouvrage. Ce trésor ophthalmologique, dû également au pinceau de M. Kranz, a fait l'admiration des connaisseurs, tan pour la justesse du dessin que pour la vérité des couleurs.

On sait que M. d'Ammon est déjà auteur d'une grande iconographi ophthalmologique, publiée depuis longtemps, et qu'une traduction françaisfaite par M. Szokalski a contribué à faire connaître de tout le monde savant les *Démonstrations cliniques des maladies congénitales et acquises de l'œil humain et de ses annexes* (in-folio, comprenant 965 dessins coloriés distribué sur 55 planches, accompagnées de l'explication des figures et de Considérations sur l'anatomie pathologique des organes de la vision, — Berlin

Reimer— Paris, A. Franck, rue Richelieu, 69.), ouvrage qui a puissamment contribué aux progrès qu'ont faits les connaissances ophthalmologiques dans les dix dernières années. L'auteur de ce remarquable travail n'a pas en vue, par sa nouvelle publication, de continuer simplement ses *Démonstrations cliniques*. Les planches qu'il a présentées au Congrès constituent une *Anatomie pathologique de l'œil humain*, comprenant *l'histoire des métamorphoses pathologiques que subissent les parties internes du globe oculaire ;* c'est plus que le commencement d'une laborieuse et magistrale publication, c'est presque l'ouvrage achevé.

L'anatomie pathologique, congéniale et acquise du cristallin et de sa capsule (cataractologie); celle de la rétine et du corps vitré; les altérations morbides du nerf optique — son élévation et sa dépression ; — les diverses ossifications, etc., y sont représentées par un grand nombre de figures coloriées de la plus parfaite exécution. Mais les parties qui ont été surtout remarquées sont celles qui comprennent l'anatomie pathologique de la choroïde, l'inflammation de cette membrane dans ses différentes couches, les tubercules, les tumeurs colloïdes, les ossifications, la suppuration et l'hydropisie. On peut dire que chacun des dessins révèle un fait nouveau destiné à enrichir l'anatomie pathologique du glaucome, de l'amaurose, etc.

Si M. d'Ammon ne précipite pas la publication du monument scientifique dont il va prochainement enrichir la littérature médicale, c'est qu'il veut donner tous les soins possibles à son exécution tant au point de vue scientifique qu'au point de vue matériel. Elaborée dans de telles conditions, l'*anatomie pathologique de l'œil humain* est destinée à un succès certain, et n'aura pas moins d'influence sur les véritables progrès de l'ophthalmologie que les *démonstrations cliniques* de M. d'Ammon n'en ont eu sur ceux de l'observation clinique des maladies de l'œil humain.

D'intéressantes préparations de l'œil à l'état sain ou pathologique ont également été exhibées. M. Testelin a présenté la préparation faite par lui de la conjonctive oculaire. Cette préparation démontre expressément l'intégralité de la conjonctive au-devant de la cornée transparente, contrairement à l'opinion de ceux qui prétendent que l'épithélium seul existe en cette région.

M. Gros, de Boulogne-sur-Mer, a présenté un œil de baleine.

Les différentes formes d'ophthalmoscopes étaient soumis à l'examen et à l'expérimentation des membres du Congrès. L'Institut ophthalmique de Bruxelles, libéralement ouvert par ses directeurs, a fourni aux professeurs Donders, d'Utrecht, et de Graefe, de Berlin, le moyen de faire sur des cas variés de maladies des yeux l'application de l'ophthalmoscope, et la démonstration de l'efficacité de ce précieux moyen de diagnostic.

MM. Paetz et Flohr, habiles opticiens de Berlin, avaient apporté à Bruxelles et mis à la disposition du Congrès les ophthalmoscopes de toutes les sortes, accompagnés, pour en faciliter l'application et l'étude, d'un œil artificiel très complet, ingénieusement construit par eux.

M. le docteur Montaut (de Madrid) a présenté un ophthalmoscope et un injecteur lacrymal.

L'*ophthalmoscope* de M. Montaut n'est autre que celui de M. Desmarres modifié. On sait que ce dernier présente deux ouvertures, une à droite, l'autre à gauche, à travers lesquelles l'observateur examine avec son œil droit, par la

première l'œil gauche du malade, par la seconde son œil droit. Or, Quand l lumière se réfléchit sur l'instrument pour être dirigée vers le fond de l'œil on y voit l'ombre obscure et circulaire de l'ouverture qui reste découvert ce qui peut tromper l'observateur.

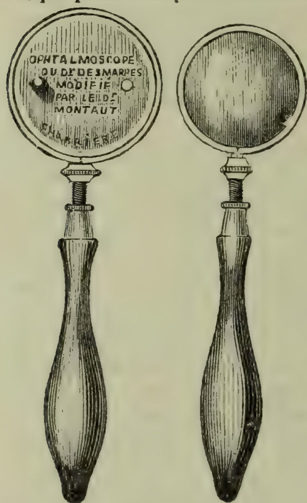


Fig. I.

Dans l'ophthalmoscope de M. Montaut (Voi fig. Ire.), le miroir ne présente qu'une seul ouverture placée sur un des côtés ; mais comm le miroir peut *tourner à volonté dans son cadr* cette ouverture peut à volonté être placée droite ou à gauche.

Pour plus de commodité, le miroir ainsi qu la loupe bi-convexe qui y est jointe sont mo tés sur des manches par le moyen d'un écro à vis, ce qui permet de les en séparer a besoin.

L'injecteur lacrymal du même auteur con siste en un tube de métal, de trois centimètr de diamètre, en communication, par sa parti supérieure, avec le réservoir de liquide, et do la partie inférieure se divise en deux branch également cylindriques d'un centimètre de di mètre. A chacune de ces branches est adapt un robinet qui sert à graduer la projection d liquide. A leur extrémité se vissent deu pièces (V. fig. II), qui sont destinées à être introduites entre les paupière et à y projeter la matière des injections.

Ces deux instruments sortent des ateliers de M. Charrière.

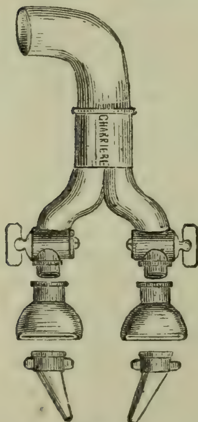


Fig. II.

M. Boissonneau avait exposé son tableau synoptiqu des modifications successives et des perfectionnement qu'il a apportés à la *prothèse oculaire*, perfectionne ments qui ont considérablement étendu le domaine d cet art.

Enfin, beaucoup de membres avaient apporté les in struments imaginés ou perfectionnés par eux, soit pou pratiquer des opérations nouvelles, soit pour simplifie les anciens procédés opératoires.

M. Kerst (Hollande) avait envoyé divers instrument fort ingénieux, de son invention, entre autres une pinc à relever la paupière, un ophthalmostat et un fixateu de l'œil.

M. Vauquelin (France) a fait voir également diver instruments de son invention.

M. Bonneels, de Bruxelles, fabricant d'instruments de chirurgie, a produ une collection très complète des instruments propres aux opérations oculaire tous exécutés dans ses ateliers, et suivant les indications les plus précises d leurs auteurs.

INVENTAIRE

DES

OUVRAGES PRÉSENTÉS AU CONGRÈS.

Alp (Van). Précis historique sur la carrière littéraire, scientifique, politique et administrative de M. Alexandre Rodenbach. Bruxelles, 1857.

Bendz (J. Christian). Andre Bidrag til den militaire Oiensygdoms historie i Danmark. Kjöbenhavn, 1857.

Bonnafont (M.). Mémoire sur un nouveau mode d'occlusion des yeux, dans le traitement des ophthalmies en général, lu à l'Académie impériale de médecine, le 12 février 1856.

Bosch (J.). Rapport de la commission administrative de l'Institut ophthalmique du Brabant. Années 1851-1852, 1853, 1857.

Id. Notice nécrologique sur feu le docteur Cunier.

Boeck (W.). Syphilisationsforsög foretagne. Christiania, 1853.

Id. Syphilisationen som curmethode. Christiania, 1857.

Id. Die syphilisation bei kindern. Christiania, 1856.

Id. Syphilisationen studeret ved sygesengen. Christiania, 1854.

Id. Klinik over hudsygdommene og de syphilitiske sygdomme i 1852.

Burggraeve. Les appareils ouatés, ou nouveau système de déligation pour les fractures, etc. Grand in-folio avec planches.

Calvo y Martin. Esquisse sur les vicissitudes de l'instruction générale et médicale en Espagne, présentée à l'occasion du Congrès d'ophthalmologie de Bruxelles.

Cima (A.). Sopra un nuovo fenomeno di stereoscopia.

Cornaz. L'écho médical, journal suisse et étranger des sciences médicales, pharmaceutiques et vétérinaires, organe des Sociétés médicales de Genève, de Neuchatel et du canton de Vaud. Sept livraisons de 1857.

Id. Notice sur les établissements consacrés au traitement des maladies des yeux. Bruxelles, 1852.

Delvaux (Prosper). Recherches sur les granulations. Thèse présentée à la Faculté de médecine de Bruxelles, 1854.

Doncan (Andries). De bouw van het glasachtig ligchaam, anatomisch, entoptisch en pathologisch onderzocht. Utrecht, 1854.

DONDERS (F.-C.). Onderzoekingen gedaan in het physiologisch laboratorium des Utrechtsche hoogeschool, 1855-1856.

FALLOT. Discours prononcé au nom de l'Académie royale de médecine sur la tombe de Cunier.

FOURNIER (A.). Étude clinique sur les douches oculaires, appliquées au traitement des phlegmasies de l'œil. Paris, 1857.

GRUYER (L.). Observations sur la brochure de M. Chauffard : Lettres sur le vitalisme (90 exemplaires distribués aux membres du Congrès.)

GUNNING (W.-M.). Onderzoekingen over bloedsbeweging en stasis. Utrecht, 1857.

LITTELL (S.). On the influence of electrical fluctuations as a cause of disease.

LOEFFLER (F.). Bemerkungen über die sogenannte « ægyptische augenentzündung. »

MOLL (J.-A.). Bijdragen tot de anatomie en physiologie der oogleden. Utrecht, 1857.

QUAGLINO (A.). Intorno alle malattie del corpo vitreo considerate come causa di ambliopia amaurotica o di amaurosi. Milano, 1857.

REEKEN (C.-G. Von). Ontleedkundig onderzoek van den toestel voor accommodatie van het oog. Utrecht, 1855.

RODENBACH. Les aveugles et les sourds-muets. Histoire, instruction, éducation, biographies. Bruxelles, 1855.

ROTHMUND (Aug.) Beiträge zur künstlichen pupillenbildung. München, 1855.

ROUAULT (Alph.). Des principaux agents anti-ophthalmiques, de leur différence d'action et de leurs applications thérapeutiques. A la grande Trappe, 1855.

ROUAULT. Essai théorique et clinique sur l'emploi de la belladone dans les maladies des yeux. Thèse pour le doctorat en médecine, présentée et soutenue à la Faculté de Paris, le 16 mai 1856.

RUITER (G.-C.-P. De). Dissertatio physiologico-medica de actione atropæ belladonnæ in iridem. Trajecti ad Rhenum, 1853.

SNABILIÉ. Waarnemingen en mededeelingen uit het gebied der oogheelkunde.

Id. Bijdrage tot de kennis der heerschende oogziekte in het nederlandsche leger, en de behandeling er van in het militaire hospitaal. Breda, 1840.

SNELLEN (H.). De invloed der zenuwen op de ontsteking proefondervindelyk getoetst. Utrecht, 1857.

SPERINO (C.). La sifilizzazione studiata qual mezzo curativo e preservativo delle malattie veneree.

Id. Esame critico del rapporto della commissione incaricata dalla R. accademia medico-chirurgica di Torino di studiare la sifilizzazione.

TRIGT (A.-C. Van). De speculo oculi ejusque usu observationibus comprobato.

THUNE (L.). Bidrag til at oplyse nogle omtvistede forhold af den i armeen herskende öiensygdom. Kjöbenhavn, 1856.

VIALLET (Louis). Rapport sur l'asile Saint-Cyrice de Rodez, créé en faveur des indigents aveugles curables ou atteints de maladies graves des yeux. Espalion, 1857.

FIN DES ANNEXES.

DÉCISIONS DU CONGRÈS

SUR LES

QUESTIONS POSÉES AU PROGRAMME.

PREMIÈRE SECTION.

I

A. — *La transmissibilité de l'ophthalmie purulente dite* militaire *étant démontrée, peut-on déterminer exactement par quelle voie s'opère la transmission?*

L'ophthalmie contagieuse peut se transmettre :

1. *Par contact,* c'est-à-dire par le transport du principe contagieux fourni par l'œil malade sur l'œil sain, soit directement (*contact immédiat*), soit par l'intermédiaire d'objets contaminés (*contact médiat*).

2. *Par infection.* Le plus souvent, la transmission de l'ophthalmie s'effectue par l'intermédiaire de l'air chargé de principes contagieux. Pour quelques médecins, toutefois, il n'est pas bien démontré que des objets placés dans un foyer d'infection puissent s'imprégner de miasmes, les conserver pendant un certain temps, puis, sous l'influence de circonstances favorables, les restituer à l'air et former ainsi de nouveaux centres de contagion, susceptibles de produire la maladie chez des individus qui s'y trouvent placés.

L'encombrement des locaux et l'aération insuffisante favorisent le développement des foyers d'infection, au milieu desquels les sujets jeunes, les personnes inaccoutumées, les nouvelles recrues viennent puiser le germe de l'ophthalmie contagieuse. Les foyers d'infection aggravent la maladie, lorsqu'elle est développée, et donnent une durée plus longue.

B. — *Quel est, dans la transmissibilité de l'ophthalmie, le rôle que les faits permettent d'assigner aux granulations, et quelle est la nature de ces dernières?*

Quelle que soit l'idée qu'on se forme des granulations palpébrales, leur présence cause le plus souvent dans la conjonctive un travail d'inflammation avec sécrétion muco-purulente, d'ou s'élèvent des émana-

tions qui constituent une des causes du développement des granulations dites *militaires*.

C. — *Est-il une formule de traitement dont l'expérience ait sanctionné la supériorité dans le traitement de l'ophthalmie militaire?*

L'ophthalmie de l'armée n'est pas une entité morbide toujours la même, invariable dans sa cause, sa marche, ses symptômes, et partant susceptible d'être combattue par une médication unique, quels que soient d'ailleurs la valeur de celle-ci et le chiffre des guérisons sur lequel elle s'appuie. Les applications des nombreux agents préconisés tour à tour ont eu pour double résultat de démontrer l'insuffisance d'une méthode exclusive et de faire naître une méthode mixte, aussi variable que la forme, les symptômes, les complications de l'ophthalmie. C'est la méthode la plus généralement employée aujourd'hui, la seule rationnelle, d'ailleurs, et la plus efficace.

Ce traitement, dans les détails duquel nous ne pouvons entrer, se compose, *a*) *dans l'ophthalmie purulente aiguë:* de la médication antiphlogistique dans toute son extension, de l'application de certains agents locaux ayant pour objet de modifier l'inflammation de la conjonctive, d'injections détersives et de l'excision du chémosis; *b*) *dans les granulations palpébrales:* de l'emploi d'agents caustiques ou résolutifs, combinés, s'il y a lieu, avec les médications antiphlogistique, altérante, ou tonique et reconstitutive, suivant les circonstances. Dans le choix des moyens locaux, il faut donner la préférence à ceux qui sont susceptibles de combattre la maladie sans porter atteinte à l'intégrité des tissus, car l'expérience n'a que trop appris les conséquences désastreuses de médications désorganisatrices. Il faut aussi savoir éviter les réactions trop vives ou trop souvent réitérées, qui ont le tort de faire des organes oculaires des centres de fluxion et d'y créer des habitudes morbides. D'autre part, s'il est vrai que la valeur d'une médication quelconque réside en grande partie dans la manière de la mettre en pratique, et que les résultats si différents que l'on en retire dépendent souvent du *modus faciendi*, il est de la plus haute importance que le médecin ait des idées bien arrêtées sur tout ce qui regarde le choix des préparations, les doses auxquelles on doit les employer et le mode de leur application.

Enfin, quel que soit le traitement auquel on s'arrête, une application convenable des lois de l'hygiène doit former le complément indispensable du traitement thérapeutique.

D. — *Quelles sont les meilleures mesures à prendre pour prévenir l'apparition et empêcher la propagation de l'ophthalmie militaire?*

La prophylaxie de l'ophthalmie des armées comprend :

I. La guérison des soldats actuellement affectés de la maladie;

II. L'assainissement et, s'il y a lieu, la désinfection des locaux asernes, prisons, hôpitaux, etc.) et des objets à l'usage des sol-ats;

III. Les mesures tendant à empêcher la propagation et l'aggravation e l'ophthalmie;

IV. Les mesures ayant pour but, la maladie une fois éteinte, d'en révenir le retour.

I

Ce qui importe avant tout, c'est de guérir les hommes atteints e granulations. On est aujourd'hui en mesure d'atteindre ce but.

A cet effet :

1° *On ordonnera dans les corps des visites sévères, fréquentes et inutieuses.*

2° *On instituera des salles de granulés, destinées exclusivement aux ommes atteints de granulations, et l'on dirigera sur les hôpitaux ceux ont l'état exigera d'autres soins que le traitement mis en usage contre s granulations.*

3° *Ces salles seront vastes, bien aérées et assez activement surveil-es pour empêcher les soldats infectés de communiquer avec les hommes ins.*

4° *Les hommes atteints de granulations avec blennorrhée seront parés de ceux qui présentent des granulations sans sécrétion.*

5° *L'emploi du temps des hommes atteints de granulations sera églé d'après les conseils des médecins.*

6° *Dans les hôpitaux on séparera les ophthalmiques des autres ma-ides; on classera également les ophthalmiques par catégories séparées 'après le degré de gravité de leur maladie, l'abondance de la suppu-ation, etc. Les convalescents seront placés dans des quartiers isolés t soumis à une surveillance spéciale.*

7° *Chacun y aura en propre son essuie-mains et les ustensiles à son sage.*

8° *La plus grande propreté doit régner dans les salles, et l'air y tre suffisamment renouvelé par une ventilation convenable et continue.*

9° *Après la visite du matin, il faut évacuer les salles qui peuvent être sans inconvénient pour les malades, les aérer, et ne les rouvrir u'aux heures des repas et du coucher. Hors de là, les malades pren-ront, autant que leur état le permettra, de l'exercice à la cour, au ardin, dans des galeries couvertes ou des salles de rechange, suivant a saison, les commodités et les ressources des locaux. Dans les salles ui ne peuvent être évacuées, on devra entretenir un dégagement lent e chlore.*

10° *De temps en temps on devra faire évacuer les salles pour quelques jours et les désinfecter.*

11° *On fera désinfecter, comme pour les hommes atteints de la gale, les habits que portaient les ophthalmiques à leur entrée à l'hôpital, ceux qui leur ont servi pendant le séjour qu'ils y ont fait, ainsi que leurs literies.*

12° *A leur sortie de l'hôpital, les militaires seront dirigés :* a) *s'ils sont entièrement rétablis, sur leur corps, où ils seront soumis à une surveillance active;* b) *s'ils offrent encore des traces de granulations, sur la salle des granulés;* c) *sur un établissement central, espèce d'institut ophthalmique, s'ils sont jugés impropres au service.*

13° *On réunira dans cet établissement une commission de médecins, chargée d'examiner les militaires en traitement qui leur seront présentés comme devant être éloignés du service du chef de l'une ou de l'autre affection oculaire.*

14° *Dans des cas véritablement exceptionnels, il pourra y avoir lieu à renvoyer un convalescent d'ophthalmie dans ses foyers, mais en ayant soin d'indiquer aux parents et à lui-même les précautions à prendre pour empêcher la maladie dont il est atteint de se communiquer à d'autres.*

II

15° *On assainira et, s'il y a lieu, on désinfectera les locaux (casernes, prisons, hôpitaux, etc.) et les objets à l'usage des soldats.*

III

Les médecins militaires ont pu remarquer qu'il y a, sous le double rapport du traitement et du pronostic en général de la maladie, une distinction essentielle à faire entre les granulations *non vascularisées* et les granulations *vascularisées* avec blennorrhée. On sait, d'autre part, que les cas où l'ophthalmie de l'armée offre primitivement de la gravité sont très-rares actuellement : en Belgique, du moins, il en est ainsi. La maladie y est très bénigne au début et susceptible de disparaître par un traitement simple et généralement de courte durée. L'opiniâtreté du mal et les dangers qui l'accompagnent ne surgissent que plus tard, lorsque l'inflammation s'est emparée de la conjonctive et que cette membrane sécrète une matière muco-purulente. Les médecins ne sauraient donc trop s'appliquer à conjurer le mal dès le principe et à éloigner toutes les causes capables de lui imprimer une activité plus grande.

Parmi ces causes on peut désigner particulièrement :

a) Toutes celles qui ont pour effet d'entretenir un état congestif u irritatif vers les organes oculaires, ou d'en occasionner l'inflamnation : une tenue vicieuse comprimant le cou et le cuir chevelu, les xercices prolongés pendant les chaleurs de l'été, le séjour dans une tmosphère chargée de poussière ou de fumée, l'action d'une lumière ive réfléchie par une surface blanche, le défaut d'équilibre entre le ystème cutané et le système muqueux, les refroidissements et les pplications trop irritantes ou caustiques sur la conjonctive, enfin la onorrhée, dont l'influence sur les militaires atteints de granulations st des plus désastreuses.

b) Les causes qui ont pour effet de troubler les fonctions nutritives t d'exercer par là une influence aggravante sur la marche de la maadie : l'abus des liqueurs alcooliques, une nourriture malsaine, indigeste ou insuffisante, le séjour au milieu d'une atmosphère habituelement froide, humide ou viciée.

c) Enfin l'encombrement, cause à laquelle il faut attribuer en grande artie la persistance du mal dans les armées.

De ces considérations on peut déduire les règles hygiéniques suiantes :

16° *Éviter l'encombrement dans les casernes, prisons, corps de arde, etc.; en donnant à chaque homme au moins vingt mètres cubes l'espace.*

17° *Y entretenir un air pur, et veiller à ce que la plus grande propreté règne dans ces locaux et autour du soldat.*

18° *Empêcher, par des mesures sévères et rigoureusement observées, ue des corps ou des portions de corps infectés aient des rapports avec eux qui ne le sont pas.*

19° *Empêcher que le soldat s'expose aux causes de refroidissement, l'action d'une lumière vive, d'une atmosphère chargée de poussière u viciée de quelque manière que ce soit. Adopter pour les soldats 'usage général des chemises de coton.*

20° *S'assurer si toutes les enveloppes qui recouvrent le cou et la ête n'exercent aucune espèce de compression sur ces parties.*

21° *Établir dans les casernes des lavoirs avec jets d'eau ou robiets, permettant à chaque soldat de se laver séparément, et à l'eau qui servi de s'écouler immédiatement au dehors.*

22° *Employer contre les granulations naissantes (granulations vésiuleuses,* qu'il faut bien se garder de négliger) *les moyens qui exposent e moins aux réactions vives et à l'inflammation de la conjonctive.*

23° *Envoyer immédiatement aux hôpitaux les hommes atteints l'ophthalmie et de gonorrhée.*

24° *Redoubler de soins pendant les recrudescences de l'épidémie,*

inspecter journellement les soldats, examiner soigneusement leurs yeux, afin de pouvoir envoyer aux hôpitaux, infirmeries ou salles de granulés, dès l'invasion du mal, ceux qui en sont atteints. Si l'épidémie vient à sévir violemment dans une caserne, l'évacuer aussitôt, séparer les hommes atteints de ceux qui ne le sont pas, en éloigner le régiment et le séquestrer dans des localités spacieuses jusqu'à ce que l'ophthalmie soit entièrement éteinte, laver les literies et les habits qui ont servi aux malades, désinfecter les objets qui ne sont pas susceptibles d'être lavés, et blanchir les murs.

En temps de guerre, les mesures spéciales à prendre contre l'ophthalmie contagieuse seront indiquées dans un règlement particulier.

IV

Il ne saurait suffire, pour extirper radicalement l'ophthalmie des armées, de guérir les hommes actuellement atteints de granulations, et de désinfecter les casernes; en un mot, d'attaquer le fléau dans sa double source; il faut chercher à les en garantir et ne pas perdre de vue, en effet, que si l'ophthalmie venait à disparaître entièrement des régiments, elle pourrait y rentrer par les voies suivantes :

1. L'ophthalmie contagieuse n'est pas bornée aux armées; depuis longtemps elle a fait invasion dans le civil, et s'il n'est que trop vrai que le soldat renvoyé malade dans ses foyers a contribué à infecter les populations, celles-ci pourraient à leur tour réimporter l'ophthalmie dans l'armée. Parmi les recrues qui arrivent aux corps, il en est toujours un certain nombre qui ont les conjonctives recouvertes de granulations.

2. Il est vrai aussi que des soldats renvoyés chez eux en congé, ayant les conjonctives parfaitement saines en apparence, présentent des granulations à leur rentrée au corps.

3. On ne saurait douter non plus que le soldat n'aille puiser quelquefois le germe de l'ophthalmie dans ses relations avec les habitants de la ville où il se trouve en garnison.

4. Enfin, sous l'influence de causes d'irritation des organes oculaires, de mauvaises conditions hygiéniques, de l'encombrement surtout, des faits prouvent que l'ophthalmie catarrhale, sporadique ou épidémique peut revêtir les caractères de l'ophthalmie dite *militaire*, et servir de point de départ à une nouvelle épidémie.

Il résulte de ces considérations que les mesures suivantes forment le complément indispensable de celles qui précèdent :

25° *Dans le recrutement, visiter avec le plus grand soin les hommes sur le point d'être incorporés, et envoyer incontinent en trai-*

tement, soit dans les hôpitaux, soit dans les salles de granulés, selon le degré de leur affection, et avant qu'ils aient eu aucun contact avec les hommes du corps auquel ils vont appartenir, tous ceux qui sont atteints de granulations susceptibles d'une prompte guérison.

26° *Visiter rigoureusement avant leur départ tous les hommes renvoyés dans leurs foyers à un titre quelconque, retenir ceux qui pourraient transmettre l'ophthalmie, soumettre les hommes sains sortant d'un foyer d'infection à des ablutions savonneuses, et désinfecter les objets dont ils se sont servis.*

27° *Visiter immédiatement tout homme rentrant au corps après une absence quelconque.*

28° *Redoubler de soins et de vigilance lorsque l'ophthalmie est sur le point de disparaître d'un corps.*

29° *Le fléau une fois éteint, continuer pendant longtemps encore la même surveillance dans les casernes, les prisons, les hôpitaux, et s'assurer que les mesures hygiéniques sont fidèlement et ponctuellement exécutées.*

La possibilité d'extirper l'ophthalmie granuleuse d'un établissement donné est suffisamment démontrée aujourd'hui, et doit faire naître l'espoir bien légitime de la voir un jour complétement extirpée des armées. Déjà l'on peut constater qu'elle a perdu de sa violence ; qu'elle n'est plus guère aujourd'hui, au moins en Belgique, ce qu'elle était autrefois ; que le nombre des malades est moindre, et que les procédés thérapeutiques, en se perfectionnant, ont rendu les accidents moins fréquents et moins graves. Mais il est certain qu'on n'arrivera à l'extirpation complète du fléau que par une application rigoureuse et soutenue des mesures prescrites. Le fait de l'extirpation prompte et radicale de l'ophthalmie granuleuse dans des établissements civils où elle avait fait invasion, et, d'autre part, sa persistance depuis quarante ans dans les armées, doivent fixer toute l'attention des gouvernements et les engager à redoubler d'efforts et de surveillance. Il ne faut pas se faire illusion. Si l'ophthalmie est bénigne à un instant donné, le jour où le soldat sera placé dans des conditions hygiéniques moins favorables, elle pourra reprendre son intensité primitive et reparaître avec son cortége de symptômes effrayants et ses conséquences désastreuses. Tant qu'elle n'est pas entièrement éteinte, ce malheur est imminent, et c'est dans le moment où elle semble sommeiller qu'on peut la combattre avec avantage.

DEUXIÈME SECTION.

II

Quelle est l'influence que la découverte de l'ophthalmoscope a exercée sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'œil?

Une foule d'affections des milieux réfringents et des membranes profondes de l'œil, naguère encore d'un diagnostic difficile ou même impossible, se reconnaissent aujourd'hui avec la plus grande précision par le moyen de l'ophthalmoscope. Telles sont : les opacités débutantes du système cristallinien, et les altérations pathologiques du corps vitré, de la choroïde, de la rétine et de la papille du nerf optique.

Les indications curatives rationnelles s'appuyant évidemment sur la perfection des moyens de diagnostic, l'ophthalmoscope, en donnant à ces indications des bases assurées, a imprimé à la thérapeutique des maladies des parties profondes de l'œil, une sûreté et une précision qu'elle ne possédait pas avant l'introduction de son emploi dans la science.

III

Quels sont les agents qui concourent ou qui président à l'accommodation de l'œil?

Quelques faits propres à jeter du jour sur ce curieux phénomène sont acquis à la science. C'est aux travaux de Helmholz surtout que nous en devons la connaissance.

Quand l'œil s'adapte à la vision des objets rapprochés :

1° La pupille se rétrécit;

2° Le bord pupillaire de l'iris se porte en avant;

3° La portion périphérique de cette membrane se porte en arrière;

4° La face antérieure du cristallin augmente de convexité et la portion centrale de cette face avance vers la cornée;

5° Il y a augmentation d'épaisseur du cristallin, avec diminution du rayon de sa circonférence et amincissement de ses bords.

Dans la vision des objets éloignés :

1° La pupille se dilate;

2° Le bord pupillaire de l'iris se porte en arrière et sa portion périphérique en avant;

3° La convexité de la face antérieure du cristallin diminue, et cette face s'éloigne de la cornée;

4° Le rayon de la circonférence de la lentille cristalline s'agrandit, et sa portion centrale diminue d'épaisseur.

Ces divers changements peuvent s'expliquer par les modifications de courbure des deux faces du cristallin, mais surtout par celles de sa face antérieure, produites par la contraction ou le relâchement des fibres de l'iris et les mouvements correspondants du muscle ciliaire. Ce sont donc ces muscles qu'on peut considérer comme les agents qui président à l'accommodation ou adaptation de l'œil.

IV

A. — *L'état actuel de la science ophthalmologique autorise-t-il l'admission d'ophthalmies spécifiques? Dans l'affirmative, que faut-il entendre par cette dénomination, et à combien d'espèces d'ophthalmies est-elle applicable?*

B. — *La spécificité de ces affections est-elle reconnaissable à des caractères anatomiques et physiologiques du globe oculaire?*

C. — *La guérison radicale peut-elle s'en obtenir par de simples applications topiques, ou requiert-elle toujours l'intervention d'un traitement général?*

1° Il est démontré par la statistique qu'un grand nombre de cas de maladies des yeux ont leur cause unique, ou du moins prédisposante, dans la condition du sujet.

Les mêmes lésions anatomiques peuvent cependant, à peu d'exceptions près, se développer quand la diathèse, qui souvent en est la cause, n'existe pas.

2° Ceci posé, il faut dans chaque cas étudier le plus possible les causes générales; si l'examen clinique en démontre positivement l'existence, on pourra, on devra même accepter dans la dénomination de la maladie le principe étiologique. Cette manière d'agir exercera certainement une influence avantageuse sur les progrès de la nosologie et de la thérapeutique; mais il ne peut être permis de généraliser la nomenclature étiologique; on doit la réserver exclusivement pour les cas où une relation assez évidente se manifeste entre les diathèses et la forme anatomique de la maladie.

3° Il faut constamment tenir compte de la constitution et des causes qui peuvent en provenir; il est possible qu'en procédant de cette façon, on parviendra, par une observation plus exacte, à trouver des différences entre les lésions anatomiques de maladies réputées semblables, mais observées dans des conditions différentes de la constitution.

TROISIÈME SECTION.

V

L'expérience a-t-elle établi que certaines formes de la cataracte peuvent être guéries sans opération? Dans l'affirmative, quelles sont ces formes et quels sont les moyens qui peuvent suppléer aux moyens chirurgicaux?

Si par le mot *cataracte* on entend l'opacité *spontanée* (ou survenue sous l'influence de causes dont l'action est jusqu'à présent restée inconnue) qui se produit plus ou moins rapidement dans la substance de la lentille cristalline, on peut répondre sans hésiter : Non, il n'existe dans les annales de la science aucun fait authentique propre à démontrer qu'une cataracte ait jamais rétrogradé ou se soit jamais arrêtée dans sa marche, sous l'influence d'un traitement médical quelconque.

Si l'on applique la dénomination de *cataracte* aux opacités du cristallin, qui sont la suite de lésions traumatiques, il existe des faits démontrant qu'un traitement antiphlogistique, institué avec énergie, est parvenu à arrêter le développement de ces opacités, à en empêcher la trop grande extension, ou même à les faire diminuer lorsqu'elles existaient déjà.

Si enfin l'on étend le mot de *cataracte* aux opacités de la capsule qui, dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire dans tous, ne sont que des dépôts consécutifs à une inflammation de l'iris ou de la membrane de l'humeur aqueuse, l'expérience a démontré que l'on peut souvent obtenir la disparition de l'opacité par l'emploi d'un traitement propre à ces dernières affections.

VI

De quelle utilité l'occlusion palpébrale est-elle dans le traitement des maladies des yeux? Quelles sont les affections de l'œil qui en réclament l'emploi, et quel est le meilleur mode de l'instituer?

L'occlusion palpébrale a pour but d'immobiliser les paupières, de soustraire le globe oculaire à l'action de l'air et des corps étrangers qui y sont suspendus, de le contenir, de favoriser l'action des remèdes en en prolongeant le contact avec l'appareil oculo-palpébral, et enfin de permettre d'y maintenir à volonté une température constante.

A ces titres divers, elle peut être utile dans les ulcères et les perforations de la cornée; dans les propulsions de cette membrane et la her-

nie de l'iris; dans les staphylômes récents, dans l'ophthalmoptose et à la suite de certaines opérations pratiquées sur l'œil, telles que la ponction et l'opération du staphylôme, l'opération de la cataracte, de la pupille artificielle, etc. Enfin on peut parfois encore retirer beaucoup d'avantages de cette pratique dans l'ectropion et dans les plaies avec perte de substance de la face externe des paupières.

Le meilleur procédé pour l'instituer est celui qui répondra le plus complétement aux conditions suivantes : condamner l'œil au repos et diminuer autant que possible les frottements entre lui et les paupières; le contenir modérément, uniformément, de manière à ne causer aucune douleur; n'y point concentrer trop de chaleur; pouvoir être renouvelé à volonté, sans gêne, ni embarras, et ménager une issue aux liquides fournis par les sécrétions normales et pathologiques.

Lorsqu'on voudra obtenir l'immobilisation aussi complète que possible de l'œil, il importera d'appliquer l'occlusion aux deux yeux, n'y en eût-il qu'un d'affecté.

VII

A. — *Est-il utile qu'il existe des établissements spéciaux pour le traitement des maladies oculaires?*

B. — *Dans l'affirmative, quelles sont les conditions qu'ils doivent réaliser?*

A. Un intérêt hygiénique, thérapeutique et scientifique, en d'autres termes : l'intérêt de la société, celui de l'individu malade et celui de la science réclament l'existence d'établissements spéciaux pour le traitement et l'enseignement des maladies des yeux et en font une nécessité de notre époque.

B. Indépendamment des conditions générales d'hygiène exigibles pour tous les établissements hospitaliers en général, les instituts ophthalmiques demandent encore la réalisation des conditions suivantes :

1. *Exposition générale.* — Une façade à l'est, une autre à l'ouest.

2. *Distribution intérieure.* — *a*) Être exempts de marches et de tous autres accidents du sol contre lesquels les malades privés de la vue seraient exposés à se heurter.

b) Les escaliers principaux seront en bois, auront des marches égales, faciles, des paliers droits, et seront garnis de rampes des deux côtés.

c) Les teintes neutres, vertes, bleues et grises formeront, autant que possible, le fond de la couleur des murailles et de l'ameublement.

d) Outre les dortoirs réservés au logement des malades atteints d'affections non contagieuses, quelques chambres, destinées à contenir

chacune quatre malades, et d'autres un ou deux, seront ménagées pour y loger les opérés et les ophthalmiques porteurs de maladies susceptibles de se communiquer. Ces chambres seront munies de rideaux verts ou de couleur sombre, capables de modérer l'accès d'une trop vive lumière.

e) Indépendamment des latrines extérieures, des cabinets d'aisance inodores seront disposés à chaque étage pour les malades qu'il importe de sauvegarder des courants d'air nuisibles.

3. *Ventilation.* — Aussi indispensable que dans les autres hôpitaux, la ventilation doit satisfaire à cette condition si difficile à réaliser, de ne pas donner lieu à des courants d'air nuisibles.

Des portes doubles, matelassées et battantes seront très utiles.

4. *Promenoirs.* — Les promenoirs, cours et jardins seront abrités contre le vent et les ardeurs du soleil par des arbres touffus.

5. *Cabinets de consultations et d'opérations.* — La chambre où les malades sont examinés et opérés doit, autant que possible, n'offrir qu'une seule fenêtre, large et tournée vers le nord, afin d'éviter les effets de lumière produits inévitablement par toute autre disposition. — A côté de cette chambre, il y aura un cabinet approprié pour les examens ophthalmoscopiques.

6. *Amphithéâtre, etc.* — Un amphithéâtre, une salle de dissections, etc., etc., seraient nécessaires aux établissements destinés à l'enseignement.

7. Il existera pour chaque faculté un grand établissement ophthalmique, aussi complet que possible. Toutefois, vu les diversités des exigences sociales de chaque pays, il est à désirer que les médecins qui ont étudié spécialement l'ophthalmologie prennent l'initiative dans les pays qu'ils habitent, dans la confiance qu'ils trouveront dans les institutions municipales et générales l'appui auquel ils auront prouvé qu'ils ont droit.

8. Une chaire spéciale d'ophthalmologie existera dans chaque université ou faculté de médecine.

VARIÉTÉS.

Soirées.— M. De Decker, ministre de l'intérieur, a ouvert le 15 septembre au soir ses salons aux membres du Congrès d'ophthalmologie, qui se sont empressés de se rendre à la gracieuse invitation qui leur était adressée.

« Ces hommes éminents, dit le *Moniteur*, distingués par leurs services, par leurs connaissances profondes, par les récompenses honorifiques qu'ils ont reçues de la plupart des États de l'Europe, fraternisaient sous les auspices de la science, et ont témoigné à M. le ministre de l'intérieur la satisfaction qu'ils éprouvaient d'avoir répondu à l'appel qui les a réunis en Belgique. Ils se louent des attentions et de la courtoisie dont ils ont été l'objet pendant leur séjour à Bruxelles, et se plaisent à reconnaître les soins intelligents pris pour la tenue du Congrès par le Comité d'organisation, en même temps qu'ils attribuent en grande partie les bons résultats que produira, ils l'espèrent, cette grande réunion scientifique, à l'habile direction donnée à leurs travaux par les présidents des sections : MM. J. Bosch, Van Roosbroeck et Hairion, et dans les délibérations générales, par M. le président Fallot, aidé dans ses difficiles fonctions, avec un rare dévouement, par M. le docteur Warlomont, secrétaire général.

« La soirée de M. le ministre de l'intérieur était une sorte de prolongation des séances, car les discussions les plus intéressantes ont continué dans les divers groupes sur la plupart des questions qui y avaient été traitées. »

Deux autres soirées ont été offertes à MM. les membres du Congrès; la première par M. Warlomont, secrétaire général, le samedi 12, veille de l'ouverture de la session, la seconde par tous les membres du Comité d'organisation, le dimanche 13.

Banquet. — Le Congrès d'ophthalmologie a clos ses séances mercredi 16 septembre. Le soir, à 6 heures et demie, les membres de cette assemblée se sont réunis en un fraternel banquet dans les salons de M. Dubos. Ce banquet était présidé par M. Fallot.

Au nombre des personnes invitées se trouvaient mesdames Fallot et Warlomont, placées près du président et de M. d'Ammon. M. le ministre de l'intérieur, qui avait été invité, s'est excusé sur ses nombreuses occupations. La plus franche cordialité n'a cessé de régner entre les convives.

Au dessert, M. Fallot a porté le premier toast en ces termes :

« Messieurs, les sciences et les arts ne peuvent fleurir qu'à l'ombre de la paix et de la liberté.

« C'est à la jouissance de ce double bienfait que la Belgique doit le bonheur de vous posséder.

« Comment, dans un banquet destiné à célébrer cet heureux événement, nos esprits ne s'élèveraient-ils pas avec reconnaissance vers celui qui, depuis 30 ans bientôt, a su assurer à notre pays la paix et la liberté?

« Aussi, c'est avec la plus grande confiance, et sûr de rencontrer chez vous tous la plus vive sympathie, que j'ai l'honneur de vous proposer un toast au roi des Belges.

« AU ROI ! »

Les cris de *Vive le roi !* et d'unanimes applaudissements ont salué ce toast.

Quelques instants après, M. le Président prend de nouveau la parole et s'exprime en ces termes :

« Le bureau avait prié M. le ministre de l'intérieur d'honorer ce banquet de sa présence. Par une lettre des plus flatteuses pour le Congrès, ce haut fonctionnaire s'excuse, à cause de ses occupations multipliées et urgentes, de ne pouvoir accepter l'invitation.

« Son absence est très regrettable; cependant, elle a son bon côté, parce [q]u'elle me permet de dire le bien que nous pensons de lui, et que je n'aime [pa]s de louer les hommes en face.

« Administrateur intègre et habile, orateur éloquent, écrivain disert et pro[fo]nd, penseur indépendant, patriote dévoué, inébranlable dans ses convictions, [il] n'est pas moins distingué par son esprit que par son caractère.

« En mettant à notre disposition des ressources sans lesquelles notre Con[g]rès aurait été impossible, il s'est associé à notre œuvre et peut, à juste titre, [r]evendiquer une part dans le bien que nous avons la confiance d'y voir pro[d]uire.

« A M. De Decker, ministre de l'intérieur ! »

(Applaudissements unanimes.)

M. ANAGNOSTAKIS, d'Athènes, ayant demandé la parole, s'est exprimé en ces [t]ermes :

« Messieurs, lorsque, par la voix de son représentant officiel et de notre [v]énérable président, la nation belge adressa au Congrès le salut fraternel, il [n]'y eut pas un seul parmi nous qui n'en fût profondément ému ; vous avez lu [d]ans nos regards, vous avez reconnu dans nos chaleureux applaudissements [l]es sentiments d'amour et de reconnaissance pour ce beau pays, qui ouvrit ses [a]rènes à ces jeux olympiques de l'intelligence, institués dans l'intérêt de la vérité et pour le soulagement du genre humain.

« Je vous le rends du fond de mon cœur, ce salut fraternel, savants distingués, auxquels je me sens attaché par les plus vives sympathies nationales. Oui, nous sympathisons vivement avec toi, nation noble et libérale ; comme toi, la Grèce a eu son passé orageux et sanglant ; comme toi, elle a vu sa lutte glorieuse couronnée du plus beau des succès ; vos institutions nous ont servi de guide pour nos institutions ; et, comme ici, les opinions consciencieuses peuvent chez nous se produire ouvertement, sous le beau jour de la liberté.

« Adieu ! nous emportons tous avec nous le souvenir le plus beau et le plus touchant de votre hospitalité franche, cordiale et sincère.

« A la Nation belge ! »

Ces paroles chaleureuses et vivement senties sont couvertes d'applaudissements.

M. ALEXANDRE QUADRI porte la santé du Président, qui lui répond.

M. WARLOMONT porte le toast suivant :

« Messieurs, les gouvernements étrangers ont répondu avec un gracieux em-

pressement au modeste appel que nous leur avons adressé au nom de la scienc C'est à leur sympathique concours que nous devons la présence parmi nous d tant de hautes notabilités scientifiques qui ont donné à nos discussions un écla qui s'étendra au loin. Que les nobles représentants de ces puissances ami veuillent bien porter à leurs gouvernements l'expression de notre sincèr et profonde reconnaissance.

« *Aux gouvernements étrangers !* »

M. Lustreman a porté un toast : *Aux médecins militaires belges!* M. Merchie a répondu. Voici les paroles de M. Lustreman :

« A nos dignes camarades, les médecins militaires de l'armée belge !

« Leurs importants travaux, rivalisant avec ceux de nos confrères de l'ordr civil, leur zèle infatigable, amèneront bientôt ce double résultat d'éteindr une cruelle épidémie qui ravage plusieurs armées des États de l'Europe, e d'en prévenir le développement dans celles qui n'en ont pas encore été frap-pées.

« Ils ont bien mérité de la science et de l'humanité.

« L'illustration qu'ils se sont acquise jette son reflet sur le corps tout entie des médecins militaires de l'Europe, solidaire de leurs travaux comme de leu renommée.

« Au nom de tous nos camarades de tous les pays, des sentiments desquel je suis sûr d'être le fidèle interprète, et en particulier au nom des médecin militaires de la France, merci ! »

Enfin M. Stoeber a porté un toast : *Aux membres du Comité d'organisation du Congrès!* M. Bosch : *A tous les membres du Congrès!* M. Pélikan *A M. Warlomont, Secrétaire Général du Congrès!*

La fête s'est terminée à dix heures du soir.

STATISTIQUE

DES

MEMBRES DU CONGRÈS.

Nombre de gouvernements représentés. . . . . 31. COLONNE 1.
» de villes . . . . 99. » 2.
» d'adhérents au Congrès . . . . 250. » 3.
» d'assistants. 159. » 4.
» de délégués officiels . . . . 38. » }5.
» de gouvernements ayant envoyé des délégués. 19. » }

	GOUVERNEMENTS. 1			VILLES. 2	NOMBRE d'adhérents, 3	NOMBRE d'assistants. 4	NOMBRE de délégués. 5
1	Angleterre	15	1	Londres	11	7	1
			2	Glascow	2	»	»
			3	Birmingham	1	»	»
			4	Manchester	1	»	»
2	Autriche	8	5	Vienne	5	5	5
			6	Trieste	1	»	»
			7	Prague	2	1	»
3	Bade	1	8	Carlsruhe	1	1	»
4	Bavière	6	9	Furth	1	»	»
			10	Asschaffenburg	1	1	»
			11	Wurzbourg	1	»	»
			12	Landau	1	1	1
			13	Munich	1	1	1
			14	Augsbourg	1	1	»
5	Belgique	68	15	Bruxelles	32	23	»
			16	Gand	8	5	»
			17	Liége	6	3	»
			18	Namur	5	3	»
			19	Charleroy	3	2	»
			20	Malines	2	2	»
			21	Mons	1	1	»
			22	Alost	1	1	»
			23	Anvers	2	1	»
			24	Louvain	2	1	»
			25	Ypres	2	1	»
			26	Verviers	1	1	»
			27	Bruges	1	1	»
			28	Thuin	1	1	»
6	Brésil	1	29	Rio-de-Janeiro	1	1	»
7	Colombie	3	30	Venezuela	1	»	»
			31	Caraccas	2	1	»
8	Danemark	9	32	Copenhague	6	3	2
			33	Kiel	1	1	»
			34	Altona	1	1	1
			35	Nordingsborg	1	»	»
9	Egypte	1	36	Caire	1	»	»
10	Espagne	4	37	Madrid	3	3	»
			38	Barcelone	1	»	»
11	États-romains	2	39	Rome	1	»	»
			40	Magnone	1	»	»
				à reporter..	117	74	11

	GOUVERNEMENTS. 1		VILLES. 2	NOMBRE d'adhérents. 3	NOMBRE d'assistants. 4	NOMBRE de délégués. 5
			Report.....	117	74	11
12	États-Unis.... 4	41	Philadelphie.......	3	»	»
		42	Washington........	1	»	»
13	France......... 41	43	Paris.............	23	10	2
		44	Dieuze............	1	1	»
		45	Langres...........	1	1	»
		46	Cette.............	1	»	»
		47	Bordeaux..........	1	1	»
		48	Argentan..........	1	»	»
		49	Poitiers..........	1	»	»
		50	Boulogne-sur-Mer..	1	1	»
		51	Nantes............	1	1	»
		52	Rouen.............	1	1	»
		53	Avignon...........	1	»	»
		54	Bar-le-Duc........	1	»	»
		55	Lyon..............	2	»	»
		56	Rennes............	1	»	»
		57	Alais.............	1	1	»
		58	Strasbourg........	1	1	»
		59	Lille.............	1	1	»
14	Grèce.......... 1	60	Athènes...........	1	1	1
15	Hambourg..... 1	61	Hambourg..........	4	»	»
16	Hanovre....... 7	62	Hanovre...........	7	6	4
17	Hesse.......... 5	63	Cassel............	2	2	1
		64	Darmstadt.........	1	1	»
		65	Mayence...........	1	»	»
18	Hollande....... 9	66	Amsterdam.........	4	3	1
		67	Utrecht...........	2	2	2
		68	Deventer..........	1	»	»
		69	La Haye...........	1	»	»
		70	Nimègue...........	1	1	1
19	Lombardie..... 5	71	Milan.............	2	2	1
		72	Padoue............	2	2	»
		73	Venise............	1	»	»
20	Naples......... 9	74	Naples............	9	9	1
21	Nassau......... 2	75	Wiesbaden.........	2	2	1
22	Parme.......... 1	76	Parme.............	1	1	»
23	Pologne........ 1	77	Lublin............	1	1	»
24	Portugal....... 1	78	Lisbonne..........	1	4	1
25	Prusse......... 10	79	Berlin............	7	1	1
		80	Cologne...........	1	1	»
		81	Francfort-sur-l'Oder	1	1	1
		82	Bonn..............	1	»	»
26	Russie......... 10	83	St-Pétersbourg....	5	4	3
		84	Moscou............	1	1	»
		85	Wilna.............	2	2	»
		86	Varsovie..........	1	1	»
		87	Finlande..........	1	1	»
27	Sardaigne...... 8	88	Turin.............	7	5	3
		89	Cagliari..........	1	1	»
28	Saxe........... 7	90	Dresde............	4	4	1
		91	Leipzig...........	3	»	»
29	Suède et Norwège 3	92	Stockholm.........	2	1	1
		93	Christiana........	1	1	»
30	Suisse......... 6	94	Genève............	1	»	»
		95	Bâle..............	1	»	»
		96	Neuchâtel.........	1	1	»
		97	Zurich............	2	2	»
		98	Locle.............	1	1	»
31	Turquie....... 1	99	Constantinople.....	1	»	1
			Totaux.....	250	159	38

TABLE DES MATIÈRES.
